

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas

**Comportamentos de sexo seguro em
indivíduos infectados por VIH**

Ana Patrícia Bandeirinha Meneses Lopes

Lisboa, Novembro de 2009

MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Comportamentos de sexo seguro em indivíduos infectados por VIH

**Dissertação produzida com projecto de investigação original,
conducente à obtenção do grau de Mestre em Saúde
Comunitária, preparada sob orientação do Prof. Doutor João
Luís Baptista**

Agradecimentos

Ao Sr. Prof. Doutor João Luís Baptista pela disponibilidade manifestada na orientação desta tese, apesar da distância e do tempo, sempre escasso, que generosamente me dedicou transmitindo-me os melhores e mais úteis ensinamentos com paciência, lucidez e confiança. Pela enriquecedora crítica, sempre construtiva, e frontalidade que lhe é característica.

À Prof. Doutora Emília Valadas pela boa vontade, palavra amiga e doudas indicações, graças às quais obtive rápido e facilitado acesso os utentes da Consulta de Imunodepressão.

À minha família, em especial ao meu marido, que nunca me deixaram desistir, mas com os quais perdi tempo precioso...

Índice

RESUMO.....	8
ABSTRACT	10
I. INTRODUÇÃO	13
I.1. Epidemiologia da infecção por VIH/SIDA	13
I.2. Comportamentos sexuais dos indivíduos infectados por VIH .	17
I.2.1 Uso do preservativo	19
I.2.2 Práticas sexuais	20
I.2.3 Relação com os parceiros	23
I.3. Impacto da terapêutica antirretroviral nos comportamentos sexuais	27
I.4. Prevenção dos comportamentos sexuais de risco	33
II. OBJECTIVOS.....	38
III. MATERIAL E MÉTODOS	39
III.1. População.....	39
III.2. Instrumento de colheita de dados.....	39
III.3. Operacionalização das variáveis.....	43
III.4. Análise estatística.....	47
IV. RESULTADOS.....	48
IV.1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas	48

IV.2. Caracterização da amostra segundo a variável estado serológico da infecção por VIH	50
IV.3. Caracterização da amostra segundo a variável história sexual	51
IV.4. Caracterização da amostra segundo a variável consumo de substâncias durante a prática de sexo	52
IV.5. Caracterização da amostra segundo a variável comportamento sexual	53
IV.6. Caracterização da amostra segundo a variável percepção de risco de transmissão da infecção por VIH	64
V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
VI. CONCLUSÕES	81
BIBLIOGRAFIA	82

ANEXOS

ANEXO I – Consentimento informado

ANEXO II – Aprovação da comissão de ética do Hospital de Santa Maria

ANEXO III – Instrumento de colheita de dados - Questionário

ANEXO IV – Testes estatísticos

FIGURAS

Figura 1 - Incidência dos casos de SIDA, mortes por SIDA e prevalência dos casos de SIDA na Europa Ocidental (18 países). Dados de 30 Junho de 2003.....	15
Figura 2 - Admissões hospitalares e número de pacientes infectados por VIH admitidos num período de 10 anos (1994-2003), antes e depois do aparecimento da HAART.....	29
Figura 3 - Mortalidade observada em doentes infectados por VIH, admitidos no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Santa Maria, Lisboa, durante um período de 10 anos.....	29
Figura 4 – Modelo de prevenção na transmissão da infecção por VIH.....	36

QUADROS

Quadro 1 - Risco relativo estimado, por prática sexual e uso de preservativo, para indivíduos não infectados, de poder vir a contrair a infecção por VIH.....	22
Quadro 2 – Campos do questionário e definição das variáveis em estudo.....	41
Quadro 3 - Instrumento de caracterização social.....	44
Quadro 4 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo oral com o parceiro habitual.....	55
Quadro 5 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo anal com o parceiro habitual.....	56
Quadro 6 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo vaginal com o parceiro habitual.....	57

Quadro 7 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo inconsistentemente (< 100%) durante a prática sexual com o parceiro habitual.....	57
Quadro 8 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo oral com o parceiro ocasional.....	60
Quadro 9 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo anal com o parceiro ocasional.....	61
Quadro 10 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo vaginal com o parceiro ocasional.....	61
Quadro 11 – Número e percentagem de indivíduos com práticas de sexo seguro com o parceiro habitual e o parceiro ocasional.....	62
Quadro 12 – Número e percentagem de indivíduos com práticas de sexo seguro de acordo com o número de parceiros ocasionais.....	62
Quadro 13 - Número e percentagem de indivíduos com diferentes práticas sexuais e utilização de preservativo, com o parceiro habitual e ocasional.....	63
Quadro 14 - Distribuição da amostra quanto ao risco de transmissão da infecção por VIH	64

RESUMO

A investigação científica que se seguiu à descoberta da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) representou um marco histórico importante, permitindo a instituição de terapêutica e alterando a história natural da infecção, melhorando as expectativas dos indivíduos infectados.

Se, por um lado, a terapêutica antirretroviral de alta eficácia (do inglês, *Highly Active Antiretroviral Therapy*: HAART), nos países desenvolvidos, teve um enorme impacto na melhoria da qualidade de vida e esperança média de vida dos indivíduos infectados, permitindo-lhes encarar a infecção como uma doença crónica, por outro lado, introduziu-se uma nova dinâmica epidemiológica na transmissão de VIH e um novo desafio para a sua prevenção.

Os comportamentos sexuais são o factor-alvo através do qual se pode, de uma forma mais eficaz, prevenir a possibilidade de infectar um qualquer indivíduo na comunidade. Parece, pois, importante haver necessidade de um olhar atento da Saúde Pública sobre a vida sexual dos indivíduos infectados, não só na tentativa de, promover a sua qualidade de vida, como também, de prevenir a disseminação da doença, e, ainda mais importante, prevenir a disseminação do vírus nas suas formas resistentes.

O objectivo deste estudo foi analisar a consistência do uso de preservativo/práticas de sexo seguro, em indivíduos infectados por VIH, seguidos em Consulta de Imunodepressão, do Serviço de Doenças Infecciosas, do Hospital de Santa Maria. Pretende-se avaliar, no âmbito da “Educação para a Saúde”, a necessidade de aconselhamento aos indivíduos infectados, relativamente aos seus comportamentos sexuais.

Para o efeito, realizou-se um estudo descritivo e transversal. A população envolvida compreendeu todos os indivíduos infectados seguidos na Consulta de Imunodepressão. A amostra foi seleccionada através de aleatorização simples e constituída por 98 elementos. A colheita de dados foi efectuada através do método de entrevista, a qual só teve início após a assinatura do consentimento informado. O estudo decorreu entre 14 de Março e 27 de Junho de 2008.

Foram analisados os dados relativamente às variáveis: sócio-demográficas, estado serológico da infecção, história sexual, consumo de substâncias, comportamento sexual e percepção de risco da transmissão da infecção por VIH.

Os comportamentos de sexo não seguro foram associados ao número de parceiros sexuais/ano ($p=0,007$), ter parceiro sexual habitual ($p=0,010$), ter múltiplos parceiros sexuais ocasionais ($p=0,000$) e à prática de sexo oral (sexo oral receptivo, $p=0,001$; sexo oral activo, $p=0,006$).

Os resultados demonstraram a importância da prevenção secundária nos indivíduos infectados por VIH. A necessidade dos centros de atendimento estarem providos de mensagem de prevenção, ensinamentos e aconselhamento a todas as pessoas infectadas e, também, aos seus parceiros sexuais, aumentando-lhes a qualidade de vida e reduzindo o risco de transmissão da infecção por VIH.

PALAVRAS-CHAVE:

VIH; SIDA; preservativo; comportamentos de sexo não seguro

ABSTRACT

The scientific research that followed the finding of human immunodeficiency virus (HIV) infection represented an important historical mark, allowing therapeutic institution and changing the natural history of the infection, thus improving the expectations of infected individuals.

If by one side the Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) had an enormous impact on the improvement of life quality and life expectancy of the infected individuals on the developed countries, allowing them to face the infection as a chronic disease, on the other side it was introduced a epidemiologic dynamic on the HIV transmission and a new challenge for its prevention.

Sexual behaviour is the main factor through which is possible to prevent more efficiently the possibility of infection of a community's individual. Thus it appears important the need of Public Health to have a careful look into the sexual life of infected individuals, not only to try to promote their life quality but as well to prevent the dissemination of the disease and more importantly prevent the dissemination of the virus in its resistant forms.

The objective of this study was to analyse the consistency of the use of condoms/safe sex by individuals infected by HIV that are followed by the Infectious Disease Service of the Santa Maria Hospital through Immune-depression Appointments. The goal was to evaluate the need of advisement to the infected individuals relatively to their sexual behaviours.

For that it was done a descriptive and transversal study. The involved population included all infected individuals followed in the Immune-depression Appointments. The sample was selected by simple randomisation and was

composed by 98 elements. The data was obtained by interview method, which was initiated after signing the informed consent. The study was took place between 14 March and 27 June 2008.

It was analysed the data relative to the variables: socio-demographics, serologic state of the infection, sexual history, substances consumption, sexual behaviour and risk perception on the transmission of HIV infection.

The unsafe sexual behaviours were associated to the number of sexual partners/year ($p=0,007$), having steady partner ($p= 0,010$), having occasional sexual partners ($p=0,000$) and oral sex practice (receptive oral sex, $p=0,001$; active oral sex, $p= 0,006$).

The results demonstrated the importance of the secondary prevention on individuals infected by HIV. It also demonstrated the need of providing the attendance centres with a prevention message, teachings and advises to all infected persons as well as to their sexual partners, increasing their life quality and reducing the transmission risk of HIV infection.

Keywords:

HIV, AIDS, condom, unsafe sexual behaviour

**Comportamentos de sexo seguro
em indivíduos infectados
por VIH**

I. INTRODUÇÃO

I.1. Epidemiologia da infecção por VIH/SIDA

Internacionalmente, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a forma mais grave da evolução da infecção, expressa na Síndrome de Imunodeficiência Humana (SIDA) é responsável por um número crescente de casos de doença e de morte, marcado por uma modificação na sua geografia física e humana.

Embora seja complexo estimar-se a dimensão epidemiológica da pandemia, cerca de 33 milhões de pessoas no mundo vivem com a infecção por VIH, encontrando-se 25 milhões na África a Sul do Sara e 4 milhões na Ásia do Sul e do Sudoeste. Em 2007, terão ocorrido mais de 2,7 milhões de novas infecções, 500.000 das quais em crianças com idades menores de 15 anos. Ainda, neste mesmo ano, estimaram-se cerca de 2,5 milhões de óbitos por infecção VIH. ⁽¹⁾

Os Estados Unidos da América apresentaram uma escalada epidémica da infecção e da taxa de mortalidade até cerca de metade da década de 1990, tendo, a introdução da terapêutica antirretroviral, contribuído para o declínio de casos reportados. ⁽²⁾

Na Europa, a infecção por VIH é um dos principais agentes de doenças transmissíveis e observa-se até uma tendência para o aumento do número de novos casos, em países como o Reino Unido ou a Alemanha. Na Europa de Leste, vivem com a infecção cerca de 1,5 milhões de pessoas, número 4 vezes superior ao da Europa Ocidental, e mais de 150.000 foram infectadas em 2007.

Os números mais elevados foram reportados na Rússia e na Ucrânia. Estima-se que 760.000 pessoas vivam com a infecção na Europa Ocidental e Central, e que, por ano, mais de 30.000 indivíduos sejam infectados. ⁽¹⁾

A epidemia teve profundas consequências nos países da Europa Ocidental, afectando sociedades e comunidades através da alteração dos comportamentos sexuais e da utilização de drogas. Desde o primeiro diagnóstico do SIDA, no início dos anos de 1980, que a epidemia se disseminou através de indivíduos homossexuais e utilizadores de drogas injectáveis pelos países da Europa Ocidental. Estima-se que o pico de incidência se registou, por volta do ano de 1983 em homossexuais masculinos e, em 1987-88, em toxicodependentes / dependentes de drogas injectáveis; ou seja, um total de 120.000 homossexuais e bissexuais, infectados em 1985, e de 144.000 de utilizadores de drogas injectáveis, em 1989, respectivamente. As taxas de infecção nos heterossexuais subiram, gradualmente, nos finais dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, nesta região da Europa. ⁽³⁾

Com as medidas de prevenção implementadas na década de 1980, sentiu-se desde logo, o seu impacto, na alteração de comportamentos que colocavam os indivíduos em maior situação de risco; em 1985, o controlo das transfusões sanguíneas foi uma das estratégias que permitiu o controlo da infecção. Na década de 1990, por toda a Europa Ocidental, começaram-se a testar as mulheres grávidas, que sendo seropositivas, realizavam, terapêutica antirretroviral. Diminui-se assim drasticamente a taxa de transmissão vertical da infecção, a par de outras medidas. Mais tarde, foi a implementação da HAART, largamente introduzida na Europa Ocidental entre 1996-97, que fez reduzir as taxas de morbilidade, mortalidade e do número de casos de SIDA.

Este decréscimo verificou-se em todos os países da Europa Ocidental, à excepção de Portugal, explicado não só pela elevada taxa de incidência nas populações toxicodependente e dependente de drogas injectáveis, mas também, pelo facto de atingir o seu pico máximo em anos mais tardios que nos restantes países da Europa Ocidental. No entanto, verificou-se uma quebra na curva que poderá ser explicada pelo forte impacto da introdução da terapêutica antirretroviral no nosso país. (Figura 1) ⁽³⁾

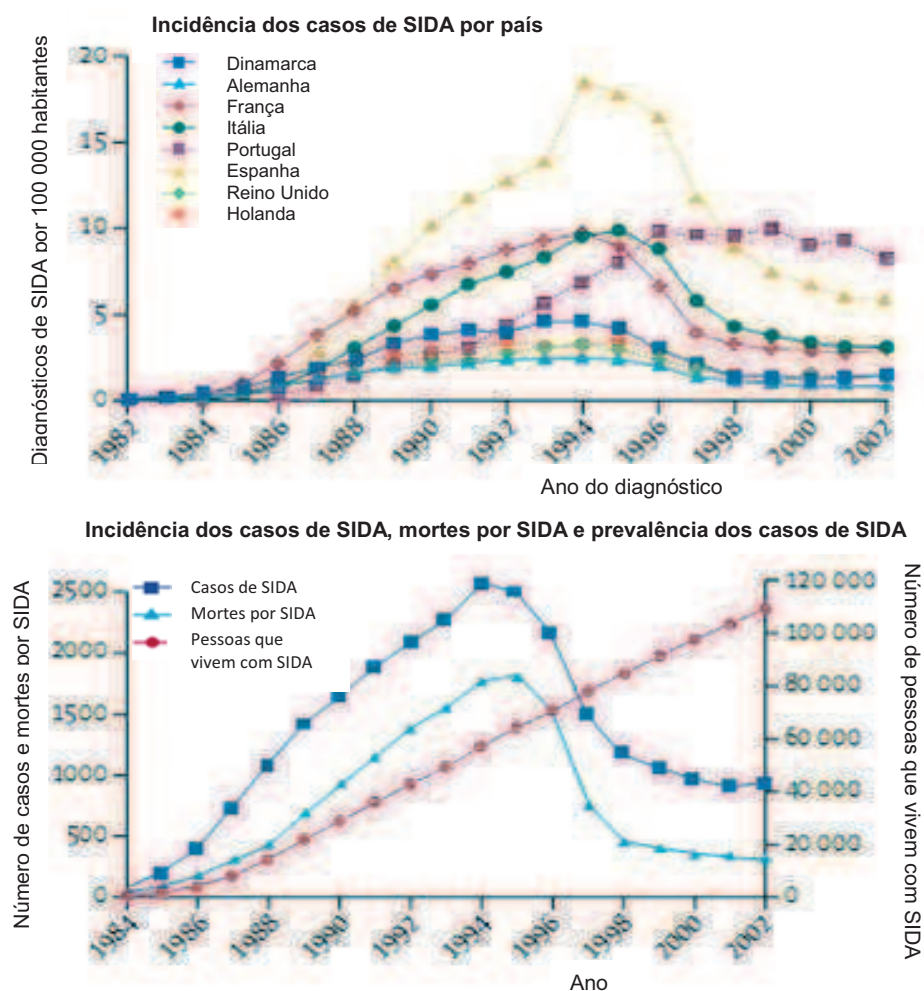


Figura 1 – Incidência dos casos de SIDA, mortes por SIDA e prevalência dos casos de SIDA na Europa Ocidental (18 países). Dados de 30 Junho de 2003. Adaptado de: Ref. (3)

Em Portugal, em Dezembro de 2008, encontravam-se notificados 34.888 casos de infecção por VIH/SIDA. Como já se referiu anteriormente, o maior número de casos encontram-se notificados em consumidores de drogas injectáveis, constituindo 42,5% de todas as notificações. O número de casos associados à infecção por transmissão sexual representa o segundo maior grupo notificado, com 40,0%, seguida da via de transmissão homossexual masculina, com 12,3% de casos registados. A percentagem de mortes por SIDA é de 48,4%, sendo a maior causa de morte a tuberculose (41,2%).⁽⁴⁾

Segundo os mesmos dados, tem-se vindo a verificar um aumento do número de casos de transmissão heterossexual, entre 2001-2008, e diminuição dos casos associados à toxicodependência, enquanto na categoria de transmissão homo/bissexual se verifica uma tendência crescente, desde 2005.⁽⁴⁾

Desde o ano de 2000 que Portugal mantém a dianteira, sendo um dos países da Europa Ocidental com maior taxa de incidência da infecção por VIH.^(3,5)

I.2.Comportamentos sexuais dos indivíduos infectados por VIH

Os comportamentos sexuais dos indivíduos infectados nem sempre foram merecedores da devida atenção. Como justificação aponta-se o significado da infecção por VIH/SIDA: a sentença de morte. Neste contexto, a vida sexual dos infectados foi secundarizada, assim como a prevenção. Contudo, o aparecimento dos primeiros tratamentos, a alteração epidemiológica da doença e o esclarecimento das suas vias de transmissão, trouxeram um novo olhar sobre a sexualidade das pessoas infectadas por VIH.

A infecção afecta a sexualidade destes indivíduos, não só pelos distúrbios da função sexual, como pela prática de sexo não protegido. ⁽⁶⁾ Estudos sobre os comportamentos sexuais de indivíduos seropositivos e as suas determinantes, sugerem que os mesmos se aplicam à população em geral, independentemente de estarem, ou não, infectados, por VIH. ^(6,7,8)

Muitos estudos demonstram que a maioria dos indivíduos que sabem estar infectados, reduzem, pelo menos temporariamente, actividades sexuais que podem significar risco para outros. ⁽⁹⁾ Contudo, uma esperada mas significativa minoria revela, continuar a adoptar práticas sexuais de risco com os seus parceiros sexuais. ⁽⁶⁾

Actualmente, os indivíduos infectados vivem mais e com maior qualidade, pelo que, a preocupação com o risco de transmissão e o consequente aumento das taxas de infecção também aumentaram. Muitos homens e mulheres infectadas continuam a ser sexualmente activos e a prática de sexo desprotegido ronda, segundo alguns autores, os 20 a 41%. ⁽¹⁰⁾ A prática de sexo não protegido permite, não só, a transmissão da infecção a parceiros seronegativos, mas,

também, o aumento do risco por parte dos indivíduos infectados, em adquirir outras infecções ou outras estirpes de VIH, que, entre outras coisas, limitam futuras opções terapêuticas. ^(10,11)

Torna-se assim imperativo conhecer os padrões de comportamento e o tipo de relações sexuais nas pessoas infectadas por VIH, de forma a fornecer informação e criar programas de intervenção, tendo em vista a prevenção e a diminuição do risco de transmissão. Estes programas poderiam, também, melhorar a qualidade de vida, principalmente, a nível sexual, das pessoas que vivem com a infecção por VIH.

Contudo, as evidências científicas são limitadas. A maioria dos estudos foca um único grupo de risco ou subpopulações: homossexuais, toxicodependentes, dependentes de drogas injectáveis, mulheres, adolescentes. Os estudos por amostra aleatória são raros. A maioria é de conveniência, em voluntários, clínicas ou serviços de saúde e/ou bares, ou seja, em comunidades onde se esperam encontrar seropositivos e sexualmente activos. Usualmente, os estudos são transversais e contemplam curtos períodos de tempo. Acresce que, as definições e indicadores utilizados que definem o comportamento sexual de risco, não são uniformes, limitando a comparação entre estudos e comportamentos de subgrupos. Podem mesmo sobrestimar os riscos de transmissão de VIH, através das práticas de sexo não protegido. ⁽¹⁰⁻¹⁵⁾

I.2.1 Uso do preservativo

A epidemia de VIH/SIDA continua a aumentar, especialmente, em indivíduos homossexuais masculinos e em heterossexuais. Várias recomendações têm sido emanadas na tentativa de prevenir a transmissão, nomeadamente, entre outras:

- abstinência sexual,
- manutenção de relações monógamas, de longa duração, com um parceiro testado regularmente,
- uso consistente do preservativo,
- selecção de parceiros,
- capacidade de negociação para práticas de sexo seguro ^(1,10,12,16).

O uso correcto e consistente do preservativo, por si só, promove um elevado nível de protecção na transmissão da infecção por VIH e de outras infecções sexualmente transmissíveis ^(10,12,17). Por conseguinte, o foco central de intervenção na prevenção destas infecções e na promoção de sexo seguro assenta na utilização consistente do preservativo.

No entanto, a promoção do uso do preservativo, não tem tido significado na redução de riscos, pois alguns indivíduos seropositivos continuam a praticar sexo desprotegido ou a utilizar o preservativo inconsistentemente.

Em 2003, Griffin *et al.* ⁽¹⁶⁾ num estudo transversal em estrita colaboração com as comunidades homossexuais da cidade do Kansas (*The Pulse*). Numa amostra de conveniência em homossexuais masculinos o objectivo principal foi

determinar se o uso do preservativo estava associado ao tipo de sexo praticado, frequência de realização do teste de VIH e ao número de parceiros sexuais. Quase um quinto (19 %; n=623) referiu não utilizar o preservativo durante a prática sexual e, exactamente, a mesma percentagem assinalou utilizar sempre o preservativo. A consistência do uso do preservativo, utilizado com os parceiros sexuais ocasionais, no período em estudo, não diferiu, estatisticamente, dos indivíduos seronegativos (X^2 , $p > 0,05$).

Whyte e Dawson ⁽⁸⁾ corroboraram os resultados do estudo anterior em mulheres seropositivas e seronegativas. Verificou-se não haver diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, relativamente à utilização do preservativo, ainda que as mulheres seropositivas tenham demonstrado uma média de utilização do preservativo superior às mulheres seronegativas.

Na Austrália, Tawk *et al.* ⁽¹⁸⁾, obtiveram resultados diferentes: os seropositivos utilizavam mais consistentemente o preservativo que os seronegativos ($p=0,001$). Referem, ainda, que os homossexuais masculinos utilizavam mais consistentemente o preservativo que os seus homólogos heterossexuais, ainda que, a percentagem de utilização do preservativo diminua com o aumento do número de parceiros sexuais (três ou mais parceiros sexuais ocasionais).

1.2.2 Práticas sexuais

Estimar os múltiplos riscos de transmissão da infecção por VIH, associada às diferentes práticas sexuais, permanece um complexo desafio epidemiológico.

Através do modelo *Bernoulli* ^(19,20), foi estimado o risco, por contacto, para cada prática sexual, numa coorte de homossexuais masculinos. Os investigadores concluíram que a prática de maior risco, na transmissão da infecção VIH, de

um homem seropositivo, ou de *serostatus* desconhecido, para um homem seronegativo era o sexo anal receptivo, sem uso do preservativo (RR=0,27). O risco era menor na prática de sexo anal receptivo, com preservativo (RR=0,18), sexo anal insertivo, sem preservativo (RR=0,06), sexo oral receptivo, sem preservativo e, por fim, sexo anal insertivo, com preservativo (RR=0,04) ⁽¹⁹⁾.

Dos estudos que examinam o risco de transmissão da infecção por VIH através das várias práticas sexuais, todos salientam o facto de, haver práticas sexuais, em que o risco de transmissão é inferior, em comparação com outras que têm maior risco de transmissão da infecção, e que, as últimas deverão ser sempre substituídas pelas primeiras.

É necessário reconhecer que o risco absoluto de transmissão da infecção varia, não só, de acordo com as práticas sexuais adoptadas, como também por factores biológicos (predisposição genética, estadió da infecção, quantificação de ARN viral, co-infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis) e comportamentais (consumo de drogas, número de parceiros, entre outros). Por esta razão, o risco absoluto de transmissão por VIH, associado às diversas actividades sexuais, terá que ser sempre reportado individualmente. Encontra-se estabelecido, o risco relativo de uma pessoa poder vir a ser infectada por VIH, através das práticas sexuais (Quadro 1).

No entanto, poucos trabalhos têm sido realizados na tentativa de compreender as percepções de risco na transmissão da infecção, e quais os comportamentos protectores adoptados e mantidos, pelos indivíduos infectados. Ou seja, a prevenção da infecção por VIH, tem-se centrado no risco percebido da importância do uso do preservativo durante os actos sexuais, mas

poucos se preocupam em estabelecer, por exemplo, a influência das percepções de risco do sexo oral, no comportamento, ao praticar sexo oral e o uso do preservativo.

Quadro 1. Risco relativo estimado, por prática sexual e uso de preservativo, para indivíduos não infectados, de poder vir a contrair a infecção por VIH.

Factor de risco	Risco relativo de uma pessoa adquirir a infecção por VIH
ACTO SEXUAL	
Sexo oral activo	1
Sexo oral receptivo	2
Sexo vaginal activo	10
Sexo vaginal receptivo	20
Sexo anal activo	13
Sexo anal receptivo	100
USO DE PRESERVATIVO	
Sim	1
Não	20

Nota: Os riscos apresentados são exponenciais. Comparando o risco relativo mais baixo (sexo oral activo; grupo de referência RR=1), o risco relativo aumenta 2.000 para o sexo anal receptivo (RR=100) sem preservativo (RR=20)

Adaptado de: Ref. (10)

Belcher *et al.* ⁽¹⁹⁾ revela que entre homossexuais masculinos nas cidades de São Francisco e de Nova Iorque, o uso do preservativo difere na prática de sexo anal insertivo e sexo oral insertivo, sendo o preservativo, mais frequentemente, utilizado na primeira. Mais de metade dos inquiridos utilizavam sempre o preservativo no sexo anal insertivo, com parceiros seronegativos ou de *serostatus* desconhecido. No entanto, só um em cada 10 inquiridos, afirmou utilizar o preservativo, consistentemente, durante o sexo oral insertivo. Os autores concluem que as mensagens acerca dos riscos de transmissão da infecção, na prática de sexo oral, e o uso do preservativo, têm sido negligenciadas, por serem, demasiado irrealistas, inconsistentes ou vagas. Ainda assim, os mesmo autores, verificaram que os homossexuais masculinos que têm uma maior percepção de risco acerca da transmissão da infecção através de sexo oral, utilizam muito mais o preservativo, do que aqueles que

têm uma baixa percepção de risco da transmissão de VIH, através do sexo oral. ⁽¹⁹⁾

Griffin *et al.* ⁽¹⁶⁾ referem que dos homossexuais masculinos que praticam sexo insertivo ou receptivo, 40% utilizam sempre o preservativo, 50% utilizam o preservativo inconsistentemente e 10% nunca o utilizam, não se estabelecendo associação estatística entre o uso do preservativo e a prática de sexo anal, insertivo ou receptivo (X^2 , $p > 0,05$).

1.2.3 Relação com os parceiros

Todos os indivíduos, após terem conhecimento do diagnóstico de infecção por VIH, enfrentam um importante desafio, que se prende com a partilha da informação. A revelação do seu estado serológico é, na maioria dos casos, um importante problema relacionado com o medo da discriminação, a estigmatização e o receio da ruptura de algumas relações interpessoais ^(21,22). Por outro lado, a situação pode ser de tal forma angustiante, que interfere com a procura de cuidados de saúde e com a adesão ao tratamento. Alguns autores têm associado a revelação do estado serológico ao parceiro sexual, com o estado de saúde mental. No entanto, o aconselhamento a indivíduos infectados é uma mais-valia no desenvolvimento de estratégias de confrontação com a doença ⁽²³⁾.

A revelação da seropositividade, aos parceiros sexuais, é feita de várias maneiras e pode ser influenciada por vários factores, tais como: etnia, sintomatologia, apreensão sobre a reacção social, compreensão sobre os benefícios da revelação e outras características psicossociais dos indivíduos infectados por VIH ⁽²²⁾.

A pessoa infectada por VIH, reconhecendo comunicar a seropositividade ao parceiro sexual, promove, por si só, práticas de sexo seguro, com benefícios para a Saúde Pública, dando oportunidade, aos seus parceiros, de informação e a opção, de iniciar ou manter relações sexuais, bem como, a consciência de realizarem o teste, de detecção de VIH, regularmente.

No entanto, muitos estudos revelam haver uma enorme taxa de indivíduos infectados, que não comunicam o seu diagnóstico aos parceiros sexuais serodiscordantes (13 a 41%). Essa taxa é, particularmente, elevada nas práticas de sexo com parceiros sexuais ocasionais ^(24, 25).

Golden *et al.* ⁽²⁶⁾ em 397 indivíduos seropositivos, seleccionados aleatoriamente, referem que 24% dos homossexuais masculinos decidiram não ter relações sexuais com parceiros seronegativos e 31% revelaram que outros homens não quiseram praticar sexo, por serem seropositivos. Nos vários grupos, de diferentes orientações sexuais, 22% assinalaram ter revelado, ao seu parceiro sexual, serem seronegativos, apesar de, saberem estar infectados por VIH. Entre os homossexuais masculinos os heterossexuais, de ambos os sexos, 27% e 22% respectivamente, assumiram ter tido sexo desprotegido, com parceiros serodiscordantes (seronegativos ou de estado serológico desconhecido). Assim, os autores pensam poder explicar, parcialmente, a ocorrência de entre 15 a 30% de novas infecções, em homossexuais masculinos que acreditaram ter tido sexo desprotegido, apenas, com homens seronegativos. A estratégia de prevenção designada *serosorting*, ou seja, estratégia utilizada, maioritariamente, por casais homossexuais, que contempla a prática de sexo, apenas, quando ambos se apresentam com o mesmo estado serológico, é ilustrada, deste ponto de vista, com sérias limitações.

Préau *et al.* ⁽²²⁾ centra o seu estudo na associação entre a importância da religião e a revelação do estado serológico dos indivíduos seropositivos aos seus parceiros sexuais, em casais serodiscordantes. O estudo foi realizado em França, em 2003, seleccionou 1.285 participantes com parceiros sexuais habituais e seronegativos. Destes, 37,5% concordou que a religião tinha um importante papel nas suas vidas, sendo que 7,2% não revelaram o seu estado serológico aos parceiros e 11,6% não tem noção do estado serológico do seu parceiro. A falta de comunicação entre os casais serodiscordantes, na revelação do estado serológico, por parte do que se encontra infectado, é maior nos participantes que concordam que a religião é um aspecto importante nas suas vidas, não se verificando associação entre as duas variáveis. Não obstante, os participantes com idade inferior a 41 anos têm uma maior percentagem de comunicação do seu estado serológico, que os participantes mais velhos (com idade superior a 49 anos); também os que tinham relações com os seus parceiros habituais, mais recentes (média de 10 anos) tinham maior dificuldade em revelar o seu estado serológico; o mesmo acontece com os que não conhecem o estado serológico do seu parceiro habitual, e com os que consideravam o uso do preservativo, uma fonte de tensão. Adicionalmente, os participantes cujo diagnóstico foi depois de 1995 e os que não se encontram sob HAART têm maior dificuldade em revelar o seu estado serológico ao seu parceiro sexual.

Weinhardt *et al.* ⁽⁹⁾ em 3.723 infectados por VIH de 4 cidades dos EUA, refere que a maioria revela a todos os parceiros ser seropositivo e tem, com estes, práticas sexuais desprotegidas. Aproximadamente 19% das mulheres, 16% dos homossexuais masculinos e 13% dos homens heterossexuais praticaram sexo,

vaginal e anal, sem utilizar o preservativo, com parceiros seronegativos, ou de estado serológico desconhecido; a maioria referia ter praticado sexo desprotegido no seio de uma relação com o outro parceiro, também, seropositivo. Um quarto das mulheres e dos homens heterossexuais, tinham, nos últimos três meses, dois ou mais parceiros sexuais, enquanto 59% dos homens homossexuais tinham múltiplos parceiros.

Dave *et al.* ⁽²⁷⁾ reportaram que revelar o estado serológico ao parceiro sexual e ter conhecimento do estado serológico do parceiro são factores que se encontram associados ao uso do preservativo ($p=0,03$). Do total da amostra ($n=142$), 100 (86%) eram sexualmente activos (32 homens, 68 mulheres) e 71% tinham o mesmo parceiro sexual há mais de um ano. A maioria (66% dos 29 homens e 95% das 56 mulheres) teve sexo, apenas, com um parceiro sexual, no ano que precedeu o estudo, e, apenas, quatro homens e uma mulher tinham tido sexo com três ou mais parceiros, no ano que precedeu o estudo. Dos indivíduos sexualmente activos, 86 revelaram o seu estado serológico ao seu parceiro. Destes, 48 (41,3%) pensaram que os seus parceiros também eram seropositivos (47 souberam que tinham realizado o teste), 25 (21,5%) pensaram que os seus parceiros eram seronegativos (23 sabiam que tinham realizado o teste) e 13 (11,2%) não sabiam o estado serológico do parceiro (apenas três sabiam que tinham realizado o teste). O estudo também revela que os participantes utilizam mais o preservativo, sabendo que os seus parceiros são seronegativos (92% de 24 participantes) ou pensando que são seropositivos (75% de 47 participantes). Assim, 14% não informou os seus parceiros sexuais do seu estado serológico, 26% não sabe o estado serológico do seu parceiro ou o resultado do teste que este realizou.

Dar a conhecer o estado serológico, por parte dos indivíduos com infecção por VIH e o uso do preservativo, são factores que se encontram, significativamente, associados com o conhecimento da seropositividade do parceiro sexual.

Note-se que nos comportamentos sexuais de riscos dos indivíduos seropositivos, a relação com os parceiros compreende múltiplas variáveis, não só a revelação do estado serológico ao parceiro sexual, como, também, o estado serológico do parceiro (seropositivo, seronegativo ou desconhecido), o tipo de relação (parceiro habitual versus parceiro ocasional), assim como, a percepção de risco de transmissão da infecção por VIH.

Apesar dos diferentes estudos, variarem no desenho, no tamanho da amostra e no modo de medir os comportamentos sexuais, a maioria, aponta para um aumento da prevalência dos comportamentos sexuais de risco dos indivíduos seropositivos, especialmente, entre os homossexuais masculinos ⁽²⁸⁾, provavelmente por serem uma população mais estudada que os heterossexuais. Estes comportamentos de risco verificam-se, em maior escala, com parceiros de estado serológico desconhecido ou seronegativos, expondo, substancialmente, os seus parceiros sexuais, habituais e ocasionais, à infecção por VIH. Não obstante, a prática de sexo desprotegido coloca todos os indivíduos seropositivos, em risco de co-infecção por outras infecções sexualmente transmissíveis e, ainda, ao risco de re-infecção por VIH.

1.3. Impacto da terapêutica antirretroviral nos comportamentos sexuais

A terapêutica antirretroviral de alta eficácia (do inglês, *highly active antiretroviral therapy*: HAART) encontra-se disponível, nos países desenvolvidos, incluindo Portugal, desde 1996. O objectivo principal da terapêutica é reduzir o número

de cópias do ARN viral de VIH (“carga viral”) no sangue, com consequências positivas na redução das taxas de morbilidade, de mortalidade, de doenças oportunistas associadas e da redução de admissões hospitalares. ⁽²⁾ A incidência de SIDA reduziu-se, consideravelmente, nos países em que a HAART passou a ser utilizada em larga escala. ^(2,7,29-31)

No Hospital de Santa Maria, em Lisboa, foi realizado um estudo retrospectivo ⁽³²⁾, entre o ano de 1998 e 2003, com o objectivo de analisar o número de admissões hospitalares e o número de mortes ocorridas na era pré-HAART (1994-1997) e pós-HAART (1998-2003) (Figura 2). Verificou-se que o número de admissões e de doentes seropositivos admitidos diminuiu ao longo dos 10 anos de estudo e que o número de mortes reduziu de 21%, em 1995, para 16%, em 2001 (com ligeiras flutuações) e que, nos dois últimos anos do estudo (2002 e 2003), voltaram a aumentar, igualando as já tidas em 1995 (figura 3). Ainda assim, a diminuição a que se assistiu após 1998 deve-se à introdução da HAART, ainda que não se tenha conseguido manter nos últimos anos do estudo. Este facto pode ser explicado pelas elevadas taxas de infecção em toxicodependentes, dependentes de drogas injectáveis, assistindo-se, neste grupo, a um distanciamento dos serviços de saúde e à falência terapêutica na utilização da HAART.

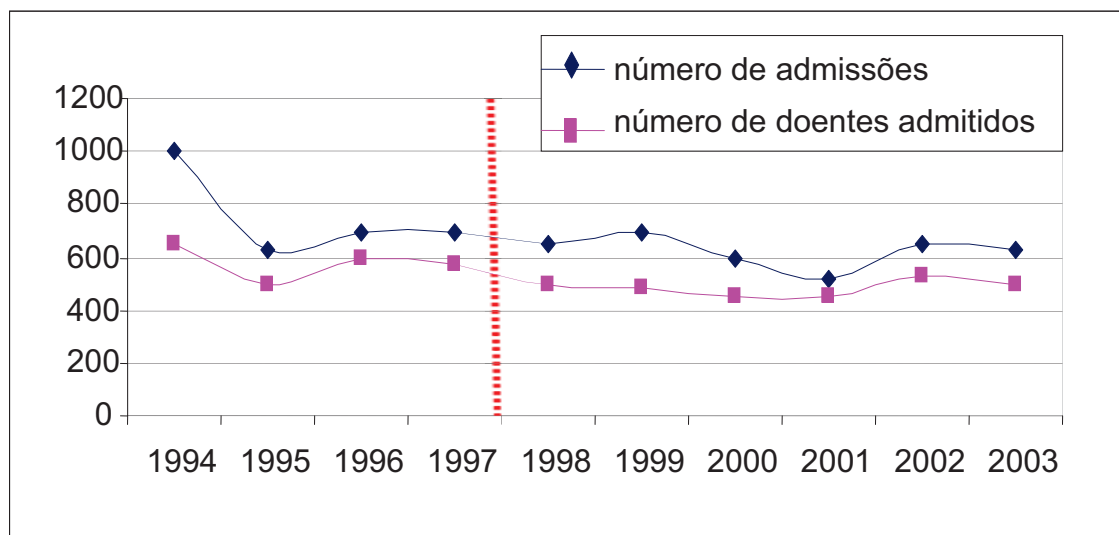


Figura 2 - Admissões hospitalares e número de doentes infectados por VIH admitidos num período de 10 anos (1994-2003), antes e depois do aparecimento da HAART. **Nota:** O número médio de doentes admitidos, por ano, diminuiu depois de 1997 (576 admissões, por ano, no período pré-HAART e 482, por ano, no período entre 1998-2003). A média de admissões hospitalares, por ano, diminuiu desde 1998 (756, por ano, entre 1994-1997; e 621, por ano, entre 1998-2003). Adaptado de: Ref. (32)

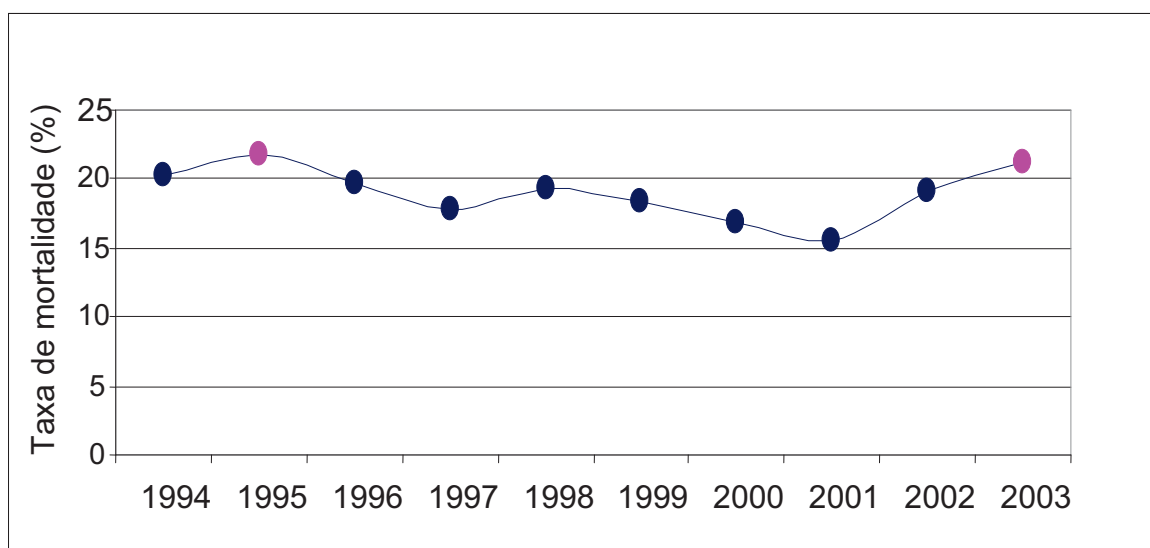


Figura 3 - Mortalidade observada em doentes infectados por VIH, admitidos no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Santa Maria, Lisboa, durante um período de 10 anos. Adaptado de: Ref. (32)

A par dos benefícios clínicos da HAART, admitem-se outros efeitos a nível comportamental, como sejam, os comportamentos sexuais. Existe evidência científica que, desde o advento da HAART, a prevalência de sexo não protegido aumentou a incidência das infeções sexualmente transmissíveis, incluindo a infeção por VIH, nomeadamente, em homossexuais masculinos.

A redução da infecciosidade dos indivíduos infectados, que recebem terapêutica antirretroviral, é bem demonstrada na redução de transmissão mãe-filho. No entanto, não está totalmente demonstrada na transmissão sexual, apesar da sua extrema importância no decurso desta pandemia ⁽²⁹⁾.

É comum que indivíduos seropositivos, sob HAART, especialmente aqueles que tenham cargas virais indetectáveis se sintam, de alguma forma, mais protegidos na transmissão da infecção, a nível sexual. A evidência científica confirma a redução de infecciosidade, motivada pela redução da carga viral, tanto no sangue como nos fluidos genitais, em consequência da utilização da HAART ^(34,35). Todavia, não significa que indivíduos sob HAART e com cargas virais indetectáveis, não possam eliminar o risco de transmissão do vírus, e, muito menos, estejam curados da infecção por VIH/SIDA ^(36,37).

Desde 1996, ano em que a HAART foi introduzida nos países desenvolvidos, que a prevalência de sexo desprotegido não é, significativamente, maior no grupo de indivíduos infectados, que estão sob terapêutica, em relação aos que não estão; nem nos que apresentam carga viral indetectável, em relação, aos que apresentam a têm detectável ^(7,29,31). No entanto, nestes estudos, não são referidos os estadios da infecção em que os doentes se encontram, nem o nível de adesão à terapêutica antirretroviral, nem o tempo que se encontram sob terapêutica, podendo, estes, serem analisados, como factores preditores, nas práticas de sexo não seguro. Por exemplo, alguns doentes, quando iniciam HAART, padecem, nos primeiros meses, de sintomas inerentes ao início da toma da terapêutica, que poderão diminuir o seu interesse sexual; por outro lado, com a continuação da terapêutica, devido aos efeitos secundários da mesma, poderão manifestar distúrbios da função e desejo sexual. Também é

possível, que os que estão sob HAART, experimentem, uma completa sensação de bem-estar, influenciadora de comportamentos sexuais desprotegidos.

É razoável admitir que as crenças antecedem os comportamentos, mas também, é possível que, as mesmas estejam na base da modificação ou da intensificação da resposta a determinado tipo de comportamento. Ou seja, uma pessoa que crê, convictamente, na eficácia da HAART, ou no efeito “protector” da carga viral indetectável, pode assumir comportamentos sexuais de risco. Neste contexto, a crença funciona como um mecanismo na redução da ansiedade, resultante do comportamento tido. Contudo, as crenças continuarão a suportar os comportamentos de risco, no futuro ^(7,38).

A prevalência de sexo desprotegido é mais elevada em pessoas seropositivas, que concordam que, ao receber terapêutica e/ou tenham cargas virais indetectáveis, estão perante dois factores protectores na transmissão do vírus, reduzindo-lhes a preocupação de praticar sexo com preservativo. De facto, a meta-análise de Crepaz *et al.*, publicada em 2004 ⁽⁷⁾, suporta esta teoria. Este trabalho analisa 18 estudos de várias nacionalidades e pretende retirar conclusões sobre a relação entre a prática de sexo desprotegido e as crenças na terapêutica antirretroviral e a carga viral indetectável no sangue, em indivíduos infectados por VIH, indivíduos de estado serológico negativo ou desconhecido. Concluiu-se que a prática de sexo desprotegido foi bastante mais elevada nos indivíduos que acreditam que a utilização da HAART reduz a transmissão de VIH e naqueles que estão despreocupados em adoptar práticas de sexo seguro devido à disponibilidade da HAART (OR, 1,82; 95% CI, 1,52-

2,17, K=18); outros estudos, mais recentes, demonstram os mesmos resultados^(6,14,37,41-43).

No entanto, existem autores^(29,31,44) que discordam das teses anteriores, como por exemplo no estudo intitulado *Seropositive Urban Men's Study*, realizado em Nova Iorque e em São Francisco⁽⁴⁴⁾. Este estudo conclui que a percepção de risco de transmissão da infecção por VIH e sob HAART, num grupo de homens homossexuais seropositivos, que os infectados percebem o significado do risco de transmissão da infecção a parceiros seronegativos ou de estado serológico desconhecido, quando um indivíduo infectado está a fazer tratamento antirretroviral e quando a carga viral, no sangue, é indetectável. Paralelamente, entendem que, existem consequências negativas, para a sua saúde, quando praticam sexo desprotegido, com outro indivíduo, igualmente, seropositivo, ainda que, sob HAART.

A informação movida para o domínio público, influencia as crenças dos indivíduos seropositivos, seronegativos, ou de estado serológico desconhecido, acerca da transmissão do vírus, podendo esta, vir a ser traduzida pela despreocupação com as práticas de sexo seguro.

Por esta razão, é de primordial importância examinar as crenças que envolvem o uso da HAART, assim como, a forma como a carga viral é interpretada, em estreita relação com os comportamentos sexuais de risco adoptados, não só, pelos indivíduos infectados, como, por aqueles, que se relacionam intimamente com estes.

A acessibilidade à HAART demonstra ter um papel preventivo na transmissão sexual da infecção que, desde que acompanhada por outras medidas preventivas, pode ter um excelente contributo no controlo da pandemia.

I.4.Prevenção dos comportamentos sexuais de risco

Desde o início da epidemia da infecção por VIH, que os programas de prevenção focam, essencialmente, a promoção da redução do risco de transmissão da infecção em indivíduos seronegativos ou de estado serológico desconhecido e, surpreendentemente, não promovem a redução do risco de transmissão pelos indivíduos infectados por VIH. Só com o advento da terapêutica antirretroviral e, devido ao seu sucesso junto dos indivíduos infectados, dando-lhes maior qualidade de vida e reduzindo, significativamente, as taxas de morbilidade e mortalidade, se começou a pensar em concentrar, também, o foco da prevenção do risco de transmissão da infecção por VIH neste grupo específico ⁽¹⁾.

Poucos estudos focam a eficácia dos programas de prevenção junto da população infectada por VIH. No entanto, a maioria é conclusiva no seu benefício, centrado, essencialmente, nas necessidades das pessoas seropositivas e na sua capacidade de redução dos comportamentos de risco ⁽⁷⁾.

As orientações a seguir no aconselhamento, aos indivíduos infectados, deverão ser vistas como uma continuação do tratamento antirretroviral, adesão, suporte psicológico e social. Os programas que têm por objectivo reduzir a transmissão, são apenas uma componente comportamental da prevenção, que deve incluir estratégias de adesão à terapêutica antirretroviral e “aliviar” o estigma e discriminação associados à infecção. A promoção dos

comportamentos de sexo seguro, deverá sempre considerar as diferenças culturais, de género, idade e vulnerabilidades, assim como, o envolvimento activo dos indivíduos infectados.

Foram identificados alguns factores potencialmente modificáveis, envolvidos no risco de transmissão de VIH, pelos indivíduos seropositivos, como o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, a circuncisão masculina, o uso de preservativos masculinos e femininos, o uso profilático da terapêutica antirretroviral, utilizada na redução do risco de transmissão da infecção mãe-filho e a profilaxia pós-exposição sexual ou ocupacional, assim como a redução da infecciosidade dos indivíduos infectados, através da utilização da terapêutica antirretroviral ⁽⁴⁵⁾.

Em 2008, a *Swiss AIDS Commission*, concluiu, através da análise de 4 estudos, que pessoas seropositivas, sob tratamento antirretroviral e com cargas virais indetectáveis não apresentam risco de transmissão do vírus aos seus parceiros sexuais ⁽⁴⁶⁾. Prontamente, a UNAIDS e a OMS reforçaram a importância da prevenção junto dos indivíduos infectados, afirmando que, apesar da diminuição do risco de transmissão, não havia estudos suficientes que confirmassem a anulação do risco ⁽¹⁾.

Actualmente, e de acordo com a OMS, o uso da terapêutica antirretroviral, como meio de prevenção sexual da transmissão da infecção por VIH não é clara. O controlo da epidemia, através do uso de terapêutica, passa pela redução da infecciosidade do indivíduo infectado, redução das taxas de morbilidade e mortalidade e a protecção dos indivíduos mais susceptíveis à transmissão da infecção. Granich *et al.* em 2009 ⁽⁴⁷⁾, demonstraram que o teste

universal, em pessoas com mais de 15 anos e realizado anualmente, para a detecção da infecção por VIH, assim como, o início imediato da terapêutica antirretroviral, após a confirmação do diagnóstico, poderão significar importantes modificações na história natural da pandemia da infecção por VIH, combinado, obviamente, com outras medidas de prevenção, nomeadamente, comportamental. Cerca de três milhões de pessoas infectadas, por todo o mundo, tiveram acesso à terapêutica antirretroviral, até ao final de 2007. No entanto, estima-se que quase 7 milhões continuem a necessitar de tratamento, nomeadamente, nos países subdesenvolvidos e mais concretamente na África Subsariana. No entanto, prevê-se que por cada dois indivíduos tratados, em 2007, ocorreram, em simultâneo, cinco novas infecções ⁽⁴⁸⁾.

As mudanças comportamentais têm sido as estratégias mais relevantes na prevenção da infecção por VIH. As estratégias de modificação dos comportamentos de risco deverão permanecer uma prioridade na prevenção desta pandemia (figura 4). Estas estratégias englobam um conjunto de comportamentos modificáveis, tais como, diminuição do número de parceiros sexuais, diminuição do número de actos sexuais desprotegidos, encorajar a adesão às estratégias biomédicas, diminuir a partilha de agulhas e seringas, e o consumo de drogas ilegais. Para atingir os seus benefícios, estas estratégias deverão ser dirigidas, não só, a um nível individual, como a casais, serodiscordantes e seroconcordantes, familiares, instituições e comunidades inteiras.

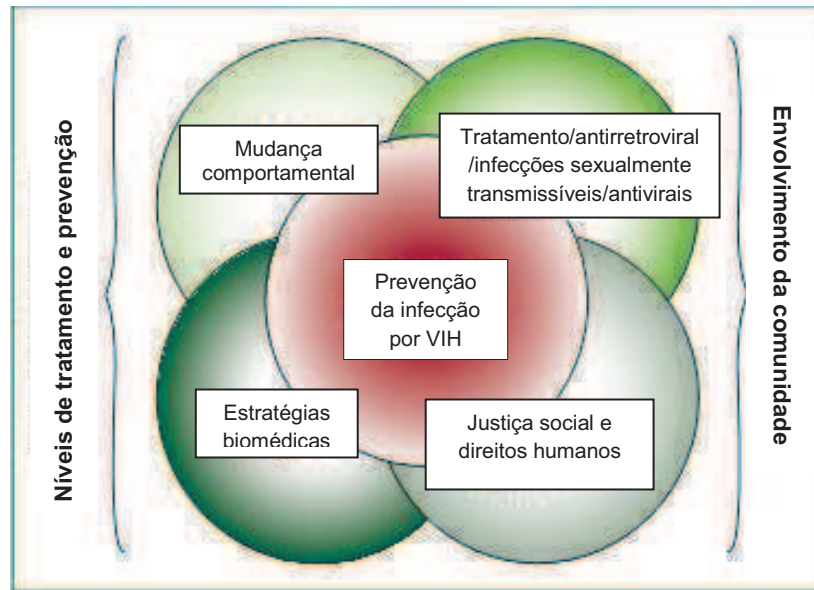


Figura 4 – Modelo de prevenção na transmissão da infecção por VIH. Adaptado de: Ref. (49)

Outra questão relevante, desta temática, é a adopção das estratégias de prevenção, por parte dos indivíduos infectados, nomeadamente, no que diz respeito aos comportamentos sexuais, a longo prazo. A maioria dos programas de prevenção são auto-limitados, sem continuidade no tempo, sem sustentabilidade, reforços ou monitorizações, como se, pela sua acção pontual, conferissem imunidade para toda a vida. Estudos recentes sugerem que os indivíduos que têm conhecimento recente do diagnóstico e, nesta fase, quando sujeitos a programas de prevenção, na redução do risco de transmissão da infecção, adoptam comportamentos de sexo seguro. No entanto, a longo prazo, têm dificuldade em manter estes mesmos comportamentos. Parece ser, por esta razão, que muitos países desenvolvidos, que na década de 80, investiram na área da prevenção dos comportamentos de sexo seguro, nos indivíduos seropositivos, controlando as taxas de incidências da infecção por VIH, actualmente, lidam com elevadas taxas de comportamentos sexuais de risco e de novas infecções ^(50,51).

As estratégias de prevenção deverão ser coesas e revisitadas, de acordo com o comportamento da epidemia, em cada país e comunidade. Deverá centrar-se em estratégias de acompanhamento tecnológico, como, por exemplo, novos tratamentos, adequando-se o aconselhamento dos comportamentos de sexo seguro. Tal como o tratamento antirretroviral, também a prevenção deverá ser para toda a vida.

Todas as dimensões (estrutural, ambiental, biomédica) contribuem para uma efectiva prevenção da infecção por VIH, nas comunidades, infectadas e não infectadas. A nível internacional, em 2008, a Assembleia Geral das Nações Unidas, determinou um conjunto de indicadores, a juntar a outros, já existentes, que permitem monitorizar o progresso da universalidade de acesso à prevenção, tratamento e cuidados, até ao ano de 2010.

Enquanto se continua a debater a relativa prioridade da prevenção da infecção por VIH, o investimento continua suboptimizado, em quase todo o mundo, correndo-se, novamente, o risco, tal como aconteceu nos anos 90, que esta temática seja colocada no fim da agenda política, enquanto a progressão da epidemia continua.

II. OBJECTIVOS

1. Conhecer as necessidades de aconselhamento a indivíduos seropositivos, relativamente aos seus comportamentos sexuais, nomeadamente, a consistência do uso de preservativo/práticas de sexo seguro.
2. Determinar se há associação entre os comportamentos de sexo seguro e factores relacionados com o (s) parceiro (s) e suas características.
3. Identificar os factores que influenciam a adopção de comportamentos de sexo não seguro, em indivíduos seropositivos.

III. MATERIAL E MÉTODOS

III.1. População

Estudo descritivo e transversal, de conveniência, em indivíduos seguidos na Consulta de Imunodepressão do Serviço de Doenças Infecciosas, do Hospital de Santa Maria (HSM), em Lisboa.

A amostra foi seleccionada por aleatorização simples. Incluíram-se 98 indivíduos no período de 14 de Março a 27 de Junho de 2008. Os indivíduos foram abordados, na sala de espera, enquanto aguardavam a chamada para a consulta médica, a fim de obter consentimento para realização da entrevista. A entrevista foi efectuada em gabinete particular, onde apenas estiveram presentes a entrevistadora/autora do estudo e o próprio inquirido. A entrevista só teve início após a assinatura do consentimento informado (ANEXO I).

Os critérios de inclusão para os elementos do estudo foram: 1) estar infectado por VIH1 e 2) ser seguido na Consulta de Imunodepressão do Serviço de Doenças Infecciosas, HSM.

O estudo iniciou-se após aprovação pela Comissão de Ética do HSM (ANEXO II).

III.2. Instrumento de colheita de dados

Foi utilizado um questionário, elaborado de acordo com os objectivos específicos do estudo. O questionário utilizado foi preenchido, por entrevista, pela autora, de forma imparcial, anónima e confidencial. No final de cada entrevista, e diante do entrevistado, o questionário foi colocado em carta selada e de seguida colocado em pasta própria, que ficou sempre na posse da investigadora.

Para maior aleatorização da amostra as entrevistas realizaram-se um dia por semana, à sexta-feira, abrangendo o período da manhã e da tarde.

Para maior rapidez de resposta e compreensão dos participantes não foram colocadas questões na negativa, as perguntas eram fechadas e a construção frásica foi simplificada. O questionário final usado (ANEXO III) foi sujeito a um pré-teste para verificar o grau de entendimento dos conteúdos das questões. Para a realização do pré-teste foram inquiridos sete participantes, com o perfil anteriormente definido. Os resultados permitiram a adequação do questionário e posterior elaboração do instrumento de notação final. O questionário final divide-se em seis campos distintos e pretende dar resposta aos objectivos do estudo, tal como definido no quadro 2.

Quadro 2 – Campos do questionário e definição das variáveis em estudo

	Variável	Significado	Objectivo
1º Campo - Variáveis sócio-demográficas	Sexo	Permite a identificação do participante por género	1,3
	Idade	Permite conhecer a idade em anos completos, no momento da entrevista	1,3
	Naturalidade	Permite conhecer a cultura em que estão inseridos: naturalidade e país de residência actual. No caso de não ser natural e residir em Portugal, há quanto tempo.	1,3
	Raça	Permite a identificação por etnia	1,3
	Religião	Permite a identificação da religião professada	1,3
	Estado Civil	Permite identificar as características das relações afectivas	1,3
	Habilitações Literárias	Permite identificar o nível de escolaridade	1,3
	Estrato Social	Permite classificar socialmente os respondentes	1,3
2º Campo - Estado serológico da infecção por VIH	Data do diagnóstico	Permite saber há quanto tempo os participantes têm conhecimento de estar infectados	1,3
	Terapêutica antirretroviral	Permite saber se os respondentes estão sob HAART e há quanto tempo	1,3
	Situação imunológica e virulógica	Permite saber se os respondentes têm conhecimento da contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral, mais recentes.	1,3
3º Campo - História sexual	Idade da primeira relação sexual	Permite conhecer a idade da primeira relação sexual	1,3
	Número de parceiros sexuais/ano antes do diagnóstico da infecção	Permite conhecer quantos parceiros sexuais, em média, por ano, tiveram, antes do diagnóstico	1,3
	Número de parceiros sexuais/ano depois do diagnóstico da infecção	Permite conhecer quantos parceiros sexuais, em média, por ano, tiveram, depois do diagnóstico	1,3
4º Campo - Consumo de substâncias durante a actividade sexual, nos doze meses precedentes ao estudo	Consumo de álcool	Permite conhecer quais as substâncias consumidas e a sua frequência de utilização durante o acto sexual	1,3
	Consumo de drogas		1,3
	Consumo de Viagra®		1,3

5º Campo - Comportamento sexual, nos doze meses precedentes ao estudo	Orientação Sexual	Permite identificar os respondentes em heterossexuais, homossexuais (masculinos ou femininos) ou bissexuais	1,3
	Actividade sexual	Permite saber se os respondentes foram activos sexualmente	1,3
	Parceiro sexual habitual	Permite saber se os respondentes tinham parceiro sexual habitual e há quanto tempo	1,2,3
	Tempo de relacionamento com o parceiro sexual habitual		1,2,3
	Revelação do estado serológico ao parceiro sexual habitual	Permite saber se os respondentes revelaram ser seropositivos ao parceiro sexual habitual	1,2,3
	Conhecimento do estado serológico do parceiro sexual habitual	Permite saber se os respondentes souberam se o parceiro sexual habitual era seropositivo ou não	1,2,3
	Utilização de preservativo na prática de sexo oral (receptivo e activo), anal (receptivo e activo) e vaginal com o parceiro sexual habitual	Permite conhecer a percentagem de utilização do preservativo em cada prática sexual específica	1,2,3
	Parceiro sexual ocasional	Permite saber se os respondentes tiveram parceiro sexual ocasional. Em caso afirmativo, quantos	1,2,3
	Utilização de preservativo na prática de sexo oral (receptivo e activo), anal (receptivo e activo) e vaginal com o parceiro sexual ocasional	Permite conhecer a percentagem de utilização do preservativo em cada prática sexual específica	1,2,3
	Revelação do estado serológico ao parceiro sexual ocasional	Permite saber se os respondentes revelaram ser seropositivos ao parceiro sexual ocasional	1,2,3
	Conhecimento do estado serológico do parceiro sexual ocasional	Permite saber se os respondentes souberam se o parceiro sexual ocasional era seropositivo ou não	1,2,3
6º Campo - Comportamentos de sexo seguro	Comportamentos de sexo seguro com os parceiros sexuais (habitual e ocasional)	Permite conhecer com que tipo de parceiros é mais utilizado o preservativo	1,2,3
	Práticas sexuais e utilização do preservativo com os parceiros sexuais (habitual e ocasional)	Permite conhecer a utilização de preservativo nas diferentes práticas sexuais, com ambos os parceiros	1,2,3

7º Campo - Percepção de risco de transmissão da infecção por VIH	Crenças na HAART e utilização de preservativo	Permite saber qual a opinião dos respondentes sobre a importância da utilização de preservativo e a utilização da HAART	1,3
	Crenças na carga viral e utilização de preservativo	Permite saber qual a opinião dos respondentes sobre a importância da utilização de preservativo e a situação virológica da pessoa infectada	1,3

III.3. Operacionalização das variáveis

No primeiro campo do questionário foi aplicado um instrumento que mede o nível económico e social do grupo em estudo, e agrupa os indivíduos por estratos sociais, a escala de *Graffar* conhecida por Índice de *Graffar*⁽⁵³⁾.

Esta escala permite identificar a classe social a partir de cinco dimensões: actividade profissional, habilitação académica, rendimentos, habitação e localidade da residência (Quadro 3). Cada uma das variáveis tem 5 respostas possíveis, enumeradas de 1 a 5. No caso da resposta não se aplicar será introduzida a opção com o número 6. A soma dos *scores* das cinco variáveis determina o estrato social. O máximo *score* atribuído é de 25 e o mínimo é de 5. Assim, quanto mais elevado for o seu valor, mais baixa é a classe social a que o indivíduo pertence. Por fim, as respostas que incidam no número 6 (não se aplica) receberão a pontuação de 5.

Quadro 3 - Instrumento de caracterização social

ÁREA	DIMENSÃO	VARIÁVEIS
ESTRATO SOCIAL	Actividade profissional	1 – Gestor de topo, grande industrial... 2 – Comerciante médio, quadro técnico... 3 – Pequeno industrial, comerciante, chefe de secção, funcionário qualificado 4 – Pequeno agricultor, operário, empregado balcão/escritório 5 – Trabalhador indiferenciado, sem qualificação
	Habilitação académica	1 – Doutoramento, mestrado, licenciatura 2 – Bacharelato 3 – Curso complementar (ensino secundário) 4 – Escolaridade obrigatória 5 – Sem escolaridade obrigatória
	Rendimentos	1 – Imóveis/propriedades ou de capita 2 – Vencimentos considerados altos 3 – Vencimentos de actividade profissional regular 4 – Vencimentos incertos/trabalho temporário 5 – Assistência social/depende de subsídios sociais
	Habitação	1 – Luxuosa 2 – Espaçosa e confortável, com boa luminosidade 3 – Modesta, bem conservada 4 – Degradada com equipamentos mínimos 5 – Imprópria (barraca, sem saneamento)
	Localidade da residência	1 – Num bairro elegante, condomínio fechado 2 – Bom local, central, com bons acessos 3 – Em zona antiga, bem conservada 4 – Bairro social 5 – Bairro lata

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL	ESTRATOS SOCIAIS	SCORE
I	Classe alta	5-9
II	Classe média alta	10-13
III	Classe média	14-17
IV	Classe média baixa	18-21
V	Classe baixa	22-25

O quinto campo do questionário aborda a variável comportamentos sexuais, importando definir alguns conceitos base deste estudo. Assim, foram definidos os seguintes conceitos:

- **Comportamentos de sexo não seguro ou comportamentos sexuais de risco em indivíduos infectados por VIH:** definidos para os participantes (indivíduos seropositivos, masculinos e femininos) que referiram ter tido mais do que um parceiro ocasional, que tenham respondido não utilizar o preservativos sempre (100% das vezes) ao praticarem sexo oral receptivo

e/ou activo, anal receptivo e/ou activo, vaginal receptivo; facilitando, deste modo, a re-infecção do próprio ou transmissão de VIH ao (s) seu (s) parceiro (s) sexual (ais) ⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾.

- **Comportamentos de sexo seguro ou práticas de sexo seguro em indivíduos infectados por VIH:** definidos para os participantes (indivíduos seropositivos, masculinos e femininos) que referiram não ter tido nenhum parceiro sexual ou ter um parceiro sexual, que tenham utilizado o preservativo sempre (100% das vezes) durante qualquer prática sexual; evitando a re-infecção do próprio ou transmissão de VIH ao (s) seu (s) parceiro (s) sexual (ais) ⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾.
- **Parceiro sexual habitual:** aquele com o qual existe actividade sexual em mais do que uma ocasião e é caracterizado por algum nível de compromisso emocional e sexual ^(42,58).
- **Parceiro sexual ocasional:** outros parceiros que não preencham os requisitos anteriores e que, por isso, não poderão ser considerados parceiros habituais ^(42,58).

Todas as questões do questionário, relativas aos comportamentos sexuais, dizem respeito à actividade sexual nos 12 meses que precederam o estudo. É essencial o estabelecimento de um período de tempo que permita identificar a actividade sexual do grupo em estudo. Pequenos períodos de tempo poderão eliminar elementos da amostra que tenham actividade sexual menos frequente,

por outro lado, considerar maiores períodos de tempo permite englobar um maior número de indivíduos que tenham actividade sexual menos frequente.

(56,58)

Têm sido vários os instrumentos utilizados para determinar a frequência da utilização de preservativo. Tipicamente, é avaliada através de três métodos: frequência de utilização, escalas tipo *Likert* e indicadores de percentagem. Qualquer um dos métodos tem demonstrado validade, sendo cada um deles, utilizado em larga escala em diversos estudos na área ⁽⁵⁹⁾. Neste estudo, foi utilizada a percentagem de utilização do preservativo e aplicada a cada prática sexual específica: sexo oral (receptivo e activo), sexo anal (receptivo e activo) e sexo vaginal. O termo activo refere-se à penetração pelo parceiro seropositivo havendo um elevado risco de transmissão da infecção por VIH. ⁽¹⁰⁾

Esta questão surge no questionário em forma de tabela. Nas colunas encontram-se as percentagens de utilização de preservativo, variando entre os 0%, 25%, 50%, 75% e 100%. As práticas sexuais surgem nas linhas da respectiva tabela. A resposta foi assinalada através da colocação de uma cruz (X) no quadrado que melhor se relacionou com a actividade sexual e o uso de preservativo, por parte dos inquiridos, nos doze meses que precederam o estudo. Foi considerado comportamento de sexo não seguro, todas as respostas que não foram assinaladas na coluna 100%, independentemente da prática sexual referida. ⁽⁶⁰⁾ Esta questão foi colocada por duas vezes, de forma a quantificar o uso de preservativo com o parceiro habitual e com o (s) parceiro (s) ocasional (ais).

III.4. Análise estatística

Efectuada com o apoio do *software The Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0.

Foi considerado, como nível de significância, o valor de 0,05.

As variáveis quantitativas foram analisadas através do uso de medidas de tendência central (media, mediana, desvio padrão e moda). As variáveis qualitativas, ou categóricas, foram avaliadas através de proporções.

Foi efectuada análise correlacional entre os comportamentos de sexo seguro (variável dependente) e as variáveis dependentes em estudo: características sócio-demográficas, estado serológico da infecção, história sexual, comportamento sexual e percepção de risco de transmissão da infecção, através do teste do qui-quadrado e medida de associação V de *Cramer*.

IV. RESULTADOS

IV.1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas

Na distribuição por sexos verificou-se que 40,8% (n=40) dos inquiridos eram mulheres e 59,2% (n=58) eram homens, estando estes em maioria. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos que permita afirmar que homens e mulheres tiveram práticas de sexo seguro diferentes ($p=0,264$).

As idades variaram entre os 23 e os 76 anos de idade, sendo a média de 43 anos, desvio padrão 12 e as idades com maior número de inquiridos foram os 40 e 42 anos ($Mo=40$ e 42). Registou-se um predomínio de inquiridos no grupo etário com idades compreendidas entre os 36-50 anos (n=44; 44,9%). O sexo feminino só tem um maior número de elementos no grupo etário entre os 20-35 anos (n=16; 16,3%) sendo os elementos mais jovens da amostra. O sexo masculino lidera todos os restantes grupos etários. Não existe diferença estatística que permita afirmar que os indivíduos com diferentes idades utilizaram práticas de sexo seguro diferentes ($p=0,640$). No entanto, os que mais recorreram a uma prática consistente de utilização do preservativo foram os indivíduos entre os 36 e os 50 anos, aproximadamente, 50% das vezes que praticaram sexo. Por outro lado, os mais jovens (20-35 anos) foram os que praticaram sexo não seguro, mais vezes, cerca de 70% (ANEXO IV).

A maioria tinha nacionalidade Portuguesa e residia em Portugal (n=68; 69,4%). Os restantes eram naturais de um país africano (n=28; 28,6%). Todos estes residiam, em média, há 21 anos em Portugal, com tempo mínimo de permanência de 3 anos e tempo máximo de 44 anos (mediana= 18 anos).

A raça era maioritariamente caucasiana (n=74; 76%) e os restantes eram de raça negra (n=24; 26%). Os participantes caucasianos e de raça negra não apresentaram diferenças nas práticas de sexo seguro (p=0,391).

Na religião, a maioria era católica (n=65; 66,3%) seguida dos que “não têm religião” (n=23; 23,5%) e os restantes pertenciam a outra (n=10; 10,2%). Aqueles que professam diferentes religiões não apresentaram diferenças nas práticas de sexo seguro (p=0,358).

Em relação ao estado civil a maioria era “solteiro” (n=37; 37,8%), seguido dos elementos que referiram ter companheiro, casados ou a viver em união de facto (n=44; 44,9%), “divorciado” (n=11; 11,2%) e “viúvo” (n=6; 6,1%). Ainda que não existam diferenças estatisticamente significativas nas práticas de sexo seguro, de acordo com os diferentes estados civis (p=0,138), observou-se que os elementos pertencentes à categoria “com companheiro” foram os que menos recorreram a práticas de sexo seguro, 70% das vezes que praticaram sexo (ANEXO IV).

A maioria dos inquiridos (n=35; 35,7%) tinha o 9º ano de escolaridade. Os que frequentaram a escola menos de nove anos ou que nunca a frequentaram eram 10 (10,2%), 25 (25,5%) tinham grau de bacharelato e 28 (28,6%) tinham licenciatura ou grau superior. Não se encontrou evidência estatística que indivíduos com habilitações literárias distintas adoptem diferentes comportamentos de sexo seguro (p=0,457).

A maioria era da classe média/baixa (n=37; 38%), seguidos da classe média (n=27; 28%) e classe média/alta (n=13; 13%). Verificou-se que pertencer a diferentes estratos sociais não influenciou a adopção de práticas de sexo seguro, não havendo associação estatisticamente significativa (p=0,352).

IV.2. Caracterização da amostra em estudo segundo as variáveis estado serológico da infecção por VIH

As datas de diagnóstico da infecção variaram entre o ano de 1985 e o ano de 2007, com um desvio padrão de 5 anos. O ano de 1995 foi o que registou maior número de diagnósticos ($Mo=1995$) e a média de diagnósticos realizou-se no ano de 1998 (mediana=1998).

A partir do ano de 1995, o sexo feminino registou o maior número de casos diagnosticados ($n=19$; 48,7%). Antes desse ano, o número de casos diagnosticados em mulheres era, praticamente, nulo.

A maioria ($n=83$; 84,7%) encontrava-se sob terapêutica antirretroviral e 15 (15,3%) não. Os inquiridos iniciaram terapêutica antirretroviral entre o ano de 1991 e 2008, situando-se a média de início da HAART no ano de 1999 (mediana=2000; desvio padrão=4). Foi no ano 2000 que houve um maior número de elementos ($Mo=2000$) a iniciar terapêutica antirretroviral.

Cerca de metade ($n=44$; 44,9%) dos elementos tinha conhecimento da contagem de linfócitos TCD4+ e a outra metade não ($n=54$; 55,1%). Relativamente à quantificação da carga viral a maioria ($n=67$; 68,4%) sabia especificar em detectável ($n=16$; 16,3%) ou indetectável ($n=51$; 52,0%). Um terço ($n=31$; 31,6%) dos indivíduos não sabia indicar qual o valor da carga viral no momento da inquirição.

Não existiu evidência estatística que permita afirmar que os indivíduos com conhecimento do diagnóstico da infecção por VIH há mais tempo apresentassem práticas de uso do preservativo diferentes face àqueles a quem, apenas, recentemente lhes fora diagnosticada a infecção ($p=0,063$). O mesmo aconteceu em relação aos participantes que estavam sob terapêutica

antirretroviral e aqueles que não estavam ($p=0,075$); e naqueles que estavam sob terapêutica, não existiu evidência estatística que permitisse afirmar que os indivíduos que estavam há mais tempo sob terapêutica apresentassem práticas de sexo seguro diferentes daqueles que seguiam a terapêutica há menos tempo ($p=0,161$). Relativamente à adopção de práticas sexuais de risco, tendo em conta, o conhecimento que o próprio tinha da sua situação imunológica e virulógica, estatisticamente, verificou-se que, os comportamentos eram idênticos entre os indivíduos que conheciam o seu estado serológico e aqueles que desconheciam essa informação (contagem linfócitos TCD4+, $p=0,924$; carga viral, $p=0,966$).

IV.3. Caracterização da amostra em estudo segundo a variável história sexual

A idade da primeira relação sexual variou entre os 11 e os 27 anos de idade, sendo a média de idades os 16 anos (mediana=16). Foi aos 14 anos que a maioria referiu ter tido, pela primeira vez, relações sexuais ($Mo=14$; $n=23$; 23,5%), sendo a maioria do sexo masculino ($n=20$; 20,4%). Os homens foram os que tiveram a primeira relação sexual em idades mais jovens (14 anos), comparativamente, com as mulheres (17 anos e mais). Verificou-se que a idade da primeira relação sexual não influenciou a adopção de práticas de sexo seguro, não havendo associação estatisticamente significativa ($p=0,367$).

Quanto ao número de parceiros sexuais, por ano, antes do diagnóstico da infecção, a maioria ($n=39$; 39,8%) referiu ter tido, mais do que três parceiros, 24 (24,5%) dois ou três parceiros e 1/3 ($n=35$; 35,7%) referiu ter tido um parceiro/ano. Depois do diagnóstico 11 (11,2%) inquiridos não tiveram nenhum

parceiro sexual, mais de metade (n=64; 65,3%) passou a ter, em média, um parceiro/ano, oito (8,2%) dois ou três parceiros e 15 (15,3%) mais de três parceiros/ano.

Antes do diagnóstico da infecção por VIH, o número de parceiros sexuais/ano não apresentou relação estatística com as práticas de sexo seguro ($p=0,245$). Contudo, após o conhecimento do mesmo o número de parceiros/ano influenciou a adopção de práticas de sexo seguro ($p=0,007$), sendo que a utilização do preservativo diminuiu à medida que o número de parceiros aumentou.

IV.4. Caracterização da amostra em estudo segundo a variável consumo de substância durante a actividade sexual

Ao analisar o consumo de álcool durante a prática sexual, observou-se que 72 (73,5%) indivíduos responderam nunca o fazer, 1/4 (n=25; 25,5%) assumiu fazê-lo “às vezes” e, apenas, um (1%) respondeu estar, sempre, sob o efeito de álcool.

Quanto ao consumo de drogas, a maioria (n=92; 93,9%) não utilizou drogas durante a prática de sexo, nos doze meses precedentes ao estudo e seis (6,1%) inquiridos assinalaram fazê-lo “às vezes”, sendo a droga de consumo, o haxixe (n=6; 6,1%).

Quanto à utilização de Viagra® foram inquiridos os indivíduos do sexo masculino e, apenas, dois (2%) revelaram recorrer ao uso de Viagra® “às vezes”.

IV.5. Caracterização da amostra em estudo segundo a variável comportamento sexual

Relativamente à orientação sexual a maioria (n=79; 80,6%) era heterossexual, 14 (14,3%) eram homossexuais masculinos e 5 (5,1%) bissexuais. As mulheres eram todas heterossexuais (n=40; 40,8%). Verificou-se que diferentes orientações sexuais apresentaram práticas de sexo seguro similares ($p=0,622$). Oitenta e sete (88,8%) elementos foram sexualmente activos, nos doze meses que precederam o estudo, e 11 (11,2%) não.

Parceiro sexual habitual

A maioria dos indivíduos com actividade sexual, nos doze meses que precederam o estudo, tiveram parceiro sexual habitual (n=68; 69,4%) e 30 (30,6%) referiram não ter tido parceiro sexual habitual.

O relacionamento com o parceiro habitual teve uma média de duração de 6,7 anos, sendo o tempo máximo de relação de 46 anos e, o tempo mínimo, um mês. Metade (n=34; 34,7%) teve um relacionamento há menos de 5 anos. Relativamente aos comportamentos de sexo seguro verificou-se não existir diferenças estatisticamente significativas em função da duração da relação com o parceiro habitual ($p=0,549$).

Quanto à revelação do estado serológico, ao parceiro sexual habitual, 62 (63,3%) indivíduos referiam terem-no feito e seis (6,1%) não. Sessenta e três (64,3%) inquiridos conheciam o estado serológico do parceiro sexual habitual (27 (27,6%) eram seropositivos e 36 (36,7%) eram seronegativos) e cinco (5,1%) não.

As práticas de sexo seguro não dependem da revelação do estado serológico ao parceiro habitual ($p=0,390$), assim como do conhecimento do estado serológico do parceiro sexual habitual ($p=0,905$).

Utilização de preservativo com o parceiro sexual habitual

Os valores intermédios (75%, 50% e 25%) de utilização de preservativo assinalados tornam-se praticamente irrelevantes, dado os baixos valores absolutos e percentuais que apresentaram, face aos seus extremos (100%, 0%). Mesmo assim, revestem-se de enorme importância, uma vez que, o uso de preservativo não é tido em linha de conta sempre que existe prática sexual, em que, pelo menos, um dos intervenientes é seropositivo. Assistindo-se a uma prática sexual de risco, em que o uso do preservativo não é consistente, comportando risco de transmissão da infecção para os parceiros sexuais habituais e, possível, re-infecção do próprio.

Verificou-se ainda que, nem todos os inquiridos adoptaram as mesmas práticas sexuais, sendo o sexo anal, receptivo e activo, o que teve a representação mais fraca, praticado por 17 (17,3%) e 20 (20,4%) inquiridos, respectivamente. O sexo vaginal ($n=56$; 57,1%) e o sexo oral, receptivo ($n=47$; 48%) e activo ($n=46$; 46,9%) foram os mais praticados.

Dos 47 (48%) inquiridos que praticaram **sexo oral receptivo**: 8 (8,2%) utilizaram sempre preservativo e os restantes 39 (39,8%) nem sempre o utilizaram. Dos indivíduos que praticaram **sexo oral activo** ($n=46$; 46,9%): 5 (5,1%) utilizaram sempre o preservativo e 41 (41,8%) não (Quadro 4).

Quadro 4 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo oral com o parceiro habitual

	Uso inconsistente de preservativo (<100%)	Uso consistente de preservativo (100%)
Sexo oral receptivo (n=47; 48%)	39 (39,8%)	8 (8,2%)
Sexo oral activo (n=46; 46,9%)	41 (41,8%)	5 (5,1%)
SEXO ORAL (n=49; 50%)	44 (44,9%)	5 (5,1%)

O uso inconsistente de preservativo durante o sexo oral verificou-se em cerca de metade (n=44; 44,9%) dos elementos que assinalaram ter parceiro habitual. A maioria era do sexo masculino 26 (59,1%), com idades compreendidas entre os 20-35 anos (n=18; 40,9%), caucasianos (n=35; 79,5%), católicos (n=28; 63,6%), com companheiro (n=24; 54,5%) e pertencentes à classe média/baixa (n=18; 40,9%). A maioria estava sob HAART (n=32; 72,7%). Trinta e seis (81,8%) indivíduos eram heterossexuais e a maioria (n=23; 52,3%) tinha relação com o parceiro habitual há menos de cinco anos, sendo que a maior parte dos indivíduos revelou ser seropositivo (n=40; 90,9%) e teve conhecimento do estado serológico do parceiro (n=41; 93,2%), em que 27 (61,4%) eram seronegativos e 14 (31,8%) eram seropositivos.

Quanto ao **sexo anal receptivo** (n=17; 17,3%): 12 (12,2%) nem sempre utilizaram preservativo e cinco (5,1%) utilizaram-no sempre. No **sexo anal activo** (n=20, 20,4%), cinco (5,1%) utilizaram-no inconsistentemente e 15 (15,3%) utilizaram-no sempre (Quadro 5).

Quadro 5 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo anal com o parceiro habitual

	Uso inconsistente de preservativo (<100%)	Uso consistente de preservativo (100%)
Sexo anal receptivo (n=17; 17,3%)	12 (12,3%)	5 (5,1%)
Sexo anal activo (n=20; 20,4%)	5 (5,1%)	15 (15,3%)
SEXO ANAL (n=23; 23,5%)	12 (12,2%)	11 (11,2%)

Os inquiridos que praticaram sexo anal e que nem sempre utilizaram preservativo, havendo risco de transmissão e de re-infecção por VIH, eram metade do sexo masculino (n=7, 58,3%) e a outra metade do sexo feminino (n=5; 41,7%), a maioria tinha idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos (n=6; 50%), eram todos caucasianos (n=12, 100%), maioritariamente católicos (n=8; 66,7%), solteiros (n=7; 58,3%) e pertencentes às classes média (n=4; 33,3%) e média/baixa (n=4; 33,3%). Oito (66,7%) estavam sob HAART. Cerca de metade era heterossexual (n=5; 41,7%) e a outra metade era homossexual masculina (n=6; 50%), a maior parte dos indivíduos tinham relacionamentos há menos de cinco anos (n=5; 50%), nove (75%) revelaram ser seropositivos e dez (83,4%) souberam do estado serológico dos parceiros (cinco (41,7%) eram seropositivos e cinco (41,7%) seronegativos) e praticamente nenhum deles (n=11, 91,7%) utilizou o preservativo na prática de sexo oral, com o parceiro sexual habitual.

Em relação, ao **sexo vaginal** (n=56, 57,1%): 34 (34,7%) não utilizaram sempre o preservativo e 22 (22,4%) utilizaram-no sempre (Quadro 6).

Quadro 6 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo vaginal com o parceiro habitual

	Uso inconsistente de preservativo (<100%)	Uso consistente de preservativo (100%)
Sexo vaginal (n=56; 57,1%)	34 (34,7%)	22 (22,4%)

Os participantes que não utilizaram sempre preservativo durante o sexo vaginal (n=34, 57,1%) foram, maioritariamente, mulheres (n=19; 55,9%), com idades superiores a 51 anos (n=13; 38,2%) e entre os 20 e 35 anos (n=12; 35,3%), de raça caucasiana (n=24; 70,6%), pertencentes à religião católica (n=25; 73,5%), com companheiro (n=25, 73,5%) e pertencentes à classe média/baixa (n=20; 58,8%). Vinte e oito (82,4%) encontravam-se sob HAART. Eram todos heterossexuais (n=34, 100%) e a maioria (n=15; 44,1%) tinha relacionamentos há menos de cinco anos. Quase todos (n=31, 91,2%) revelaram ser seropositivos e souberam do estado serológico do parceiro habitual (n=32; 94,1%), sendo uma metade seropositiva (n=17; 50%) e a outra seronegativa (n=15;44,1%). Vinte e dois (64,7%) não utilizaram sempre preservativo na prática de sexo oral e cinco (14,7%) na prática de sexo anal.

Quadro 7 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo inconsistentemente (< 100%) durante a prática sexual com o parceiro habitual

USO INCONSISTENTE DO PRESERVATIVO		Sexo Oral (n=44, 100%)	Sexo Anal (n=12, 100%)	Sexo Vaginal (n=34, 100%)
Sexo	Masculino	26 (59,1)	7 (58,3)	15 (44,1)
	Feminino	18 (40,9)	5 (41,7)	19 (55,9)

Grupos Etários	20-35 anos	18 (40,9)	6 (50)	12 (35,3)
	36-50 anos	16 (36,4)	3 (25)	9 (26,5)
	≥ 51 anos	10 (22,7)	3 (25)	13 (38,2)
Raça	Caucasiana	35 (79,5)	12 (100)	24 (70,6)
	Negra	9 (20,5)	--	10 (29,4)
Prática Religiosa	Católica	28 (63,6)	8 (66,7)	25 (73,5)
	Não tem	11 (25)	4 (33,3)	5 (14,7)
	Outra	5 (11,4)	--	4 (11,8)
Estado Civil	Solteiro	13 (29,5)	7 (58,3)	6 (17,6)
	Com companheiro	24 (54,5)	5 (41,7)	25 (73,5)
	Divorciado	5 (11,4)	--	2 (5,9)
	Viúvo	2 (4,5)	--	1 (2,9)
Estrato Social	Classe Baixa	4 (9,1)	1 (8,1)	5 (14,7)
	Classe Média/Baixa	18 (40,9)	4 (33,3)	20 (58,8)
	Classe Média	14 (31,8)	4 (33,3)	5 (14,7)
	Classe Média/Alta	6 (13,6)	3 (25)	3 (8,8)
	Classe Alta	2 (4,5)	--	1 (2,9)
Terapêutica anti- retroviral?	Sim	32 (72,7)	8 (66,7)	28 (82,4)
	Não	12 (27,3)	4 (33,3)	6 (17,6)
Orientação Sexual	Heterossexual	36 (81,8)	5 (41,7)	34 (100)
	Homossexual	7 (15,9)	6 (50)	--
	Bissexual	1 (2,3)	1 (8,3)	--
Tempo com parceiro sexual habitual	<5 anos	23 (52,3)	6 (50)	15 (44,1)
	6-15 anos	15 (34,1)	5 (41,7)	11 (32,4)
	>16 anos	6 (13,6)	1 (8,3)	8 (23,5)
Revelou o seu serostatus?	Sim	40 (90,9)	9 (75)	31 (91,2)
	Não	4 (9,1)	3 (25)	3 (8,8)
Sabe o serostatus do seu parceiro habitual?	Sim, é seropositivo	14 (31,8)	5 (41,7)	17 (50)
	Sim, é seronegativo	27 (61,4)	5 (41,1)	15 (44,1)
	Não, não sei	3 (6,8)	2 (16,7)	2 (5,9)
Preservativo durante sexo oral	Sim	--	1 (8,3)	--
	Não	--	11 (91,7)	22 (64,7)

Preservativo durante sexo anal	Sim	--	--	--
	Não	--	--	5 (14,7)

Parceiro sexual ocasional

Cinquenta e nove indivíduos (60,2%) referiram não ter tido nenhum parceiro sexual ocasional e 39 (39,8%) afirmaram ter tido, pelo menos, um parceiro sexual ocasional, nos doze meses que precederam o estudo. Dezassete (17,3%) tiveram um parceiro sexual ocasional, 12 (12,2%) tiveram entre dois ou três parceiros e 10 (10,2%) assinalaram ter tido contacto sexual com mais de três parceiros sexuais ocasionais.

A maioria era do sexo masculino (n=30; 76,9%), com idades compreendidas entre os 36 e os 50 anos (n=21; 53,8%), caucasianos (n=28; 71,8%), católicos (n=21; 53,8%), solteiros (n=23; 59%) e pertencentes à classe média (n=14; 35,9%). Trinta e dois (82,1%) estavam sob HAART. A maior parte dos indivíduos eram heterossexuais (n=28; 71,8%) e cerca de metade (n=18; 46,2%) tinha parceiro sexual habitual e a outra metade (n=21; 53,8%) não. Dos primeiros (n=18; 46,2%), a maioria tinha relacionamentos há menos de 5 anos (n=11; 28,2%), 15 (38,5%) revelaram o seu estado serológico e outros 15 (38,5%) tiveram conhecimento do estado serológico do parceiro habitual, sendo 13 (33,3%) seronegativos. Catorze (35,9%) dos inquiridos nem sempre utilizaram preservativo na prática de sexo oral com o parceiro habitual e dos que praticaram sexo anal (n=9; 23,1%) cerca de metade (n=5; 12,8%) utilizou sempre preservativo e a outra metade (n=4; 10,3%) não. Quanto ao sexo vaginal, dos doze (30,8%) inquiridos que o praticaram com o parceiro habitual, oito (20,5%) utilizaram sempre preservativo e quatro (10,3%) não.

Utilização de preservativo com o (s) parceiro (s) sexual (ais) ocasional (ais)

Tal como, para os parceiros sexuais habituais, a utilização de preservativo “sempre” (100%) e “nunca” (0%) foram as hipóteses de resposta que apresentaram maior percentagem de respostas assinaladas, em todas as práticas sexuais. Verificou-se, também, que o sexo anal, activo e receptivo, foi o menos praticado com o (s) parceiro (s) sexual (ais) ocasional (ais), 9,2% (n=9) e 14,3% (n=14), respectivamente.

Dos participantes que tiveram parceiros sexuais ocasionais (n=39; 39,8%), 24 (24,5%) praticaram **sexo oral receptivo**, sendo que, oito (8,2%) utilizaram sempre o preservativo e 16 (16,3%) nem sempre o utilizaram. Na prática de **sexo oral activo** (n=16; 16,3%), quatro (4,1%) utilizaram-no sempre e doze (12,2%) não (Quadro 8).

Quadro 8 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo oral com o parceiro ocasional

	Uso inconsistente de preservativo (<100%)	Uso consistente de preservativo (100%)
Sexo oral receptivo (n=24; 24,5%)	16 (16,3%)	8 (8,2%)
Sexo oral activo (n=16; 16,3%)	12 (12,2%)	4 (4,1%)
SEXO ORAL (n=17; 17,3%)	11 (11,2%)	6 (6,1%)

Os que praticaram **sexo anal receptivo** (n=9; 9,2%), dois (2,0%) nunca usaram preservativo e sete (7,1%) usaram-no sempre. Quanto ao **sexo anal activo** (n=14; 14,3%), onze (11,2%) utilizaram sempre preservativo e 3 (3,1%) nem sempre o utilizaram (Quadro 9).

Quadro 9 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo anal com o parceiro ocasional

	Uso inconsistente de preservativo (<100%)	Uso consistente de preservativo (100%)
Sexo anal receptivo (n=9; 9,2%)	2 (2%)	7 (7,1%)
Sexo anal activo (n=14; 14,3%)	3 (3,1%)	11 (11,2%)
SEXO ANAL (n=14; 14,3%)	4 (4,1%)	10 (10,2%)

Relativamente ao **sexo vaginal** (n=31; 31,6%), cinco (5,1%) inquiridos nem sempre utilizaram preservativo e 26 (26,5%) utilizaram-no sempre (Quadro 10).

Quadro 10 - Número e percentagem de indivíduos que utilizaram preservativo durante a prática de sexo vaginal com o parceiro ocasional

	Uso inconsistente de preservativo (<100%)	Uso consistente de preservativo (100%)
Sexo vaginal (n=31; 31,6%)	5 (5,1%)	26 (26,5%)

Dos 39 (39,8%) elementos, que assumiram ter tido relações sexuais com parceiros ocasionais, cerca de metade (n=19; 19,4%) revelou ser seropositivo e a outra metade (n=20; 20,4%) não. Por outro lado, quando questionados sobre o conhecimento do estado serológico do (s) parceiro (s) ocasional (ais), dez (10,2%) tiveram conhecimento e 29 (29,8%) não.

Comportamentos de sexo seguro com os parceiros sexuais

Os comportamentos de sexo seguro foram estatisticamente distintos entre os inquiridos com parceiro habitual e ocasional. A direcção dessa relação indicou que, foram os indivíduos com parceiros ocasionais que mais utilizaram o preservativo, 60% contra 32,4%, com parceiro sexual habitual. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,010$) (Quadro 11).

Quadro 11 - Número e percentagem de indivíduos com práticas de sexo seguro com o parceiro habitual e o parceiro ocasional

	Sexo seguro		Total (n / %)
	Sim (n / %)	Não (n / %)	
Parceiro Habitual	22(32,4)	46(67,6)	68 (100,0)
Parceiro Ocasional	18 (60,0)	12(40,0)	30 (100,0)
Total	40 (40,8)	58 (59,2)	98 (100,0)
p=0,010			

Nos inquiridos que revelaram ter tido parceiros sexuais ocasionais, verificou-se que, quanto maior foi o número de parceiros, menor foi a utilização de preservativo, tendo sido, também, esta relação estatisticamente significativa ($p=0,000$) (Quadro 12).

Quadro 12 - Número e percentagem de indivíduos com práticas de sexo seguro de acordo com o número de parceiros ocasionais

	Sexo seguro		Total (n / %)
	Sim (n / %)	Não (n / %)	
Nenhum parceiro ocasional	29 (49,2)	30 (50,8)	59 (100,0)
1 parceiro ocasional	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (100,0)
2-3 parceiros ocasionais	0 (0)	12 (100,0)	12 (100,0)
Mais de 3 parceiros ocasionais	0 (0)	10 (100,0)	10 (100,0)
Total	40 (40,8)	58 (59,2)	98 (100,0)
p=0,000			

Práticas sexuais e utilização do preservativo com os parceiros sexuais (habitual e ocasional)

Considerando não existir uma variável única que indique o tipo de sexo praticado pelos inquiridos, incluindo sexo com o parceiro habitual e sexo com o parceiro ocasional, foram construídos cinco índices para cada prática sexual.

O quadro abaixo (Quadro 13) indica o tipo de sexo praticado com os parceiros sexuais, habitual e ocasional, e a sua relação com a utilização de preservativo. Verificou-se que, quem praticou sexo oral apresentou diferenças na utilização de preservativo, admitindo ter feito uso irregular do mesmo (sexo oral receptivo, $p=0,001$; sexo oral activo, $p=0,006$). Não se verificaram diferenças na utilização de preservativo nas restantes práticas sexuais.

Quadro 13 - Número e percentagem de indivíduos com diferentes práticas sexuais e utilização de preservativo, com parceiro habitual e ocasional

Sexo oral receptivo	Frequência (n)	Percentagem (%)	Sexo seguro p Value
Sim	13	13,3	
Não	85	86,7	
Total	98	100,0	
			0,001
Sexo oral activo	Frequência (n)	Percentagem (%)	
Sim	53	54,1	
Não	45	45,9	
Total	98	100,0	
			0,006
Sexo anal receptivo	Frequência (n)	Percentagem (%)	
Sim	5	5,1	
Não	93	94,9	
Total	98	100,0	
			0,077
Sexo anal activo	Frequência (n)	Percentagem (%)	
Sim	27	27,6	
Não	71	72,4	
Total	98	100,0	
			0,165

Sexo vaginal	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	12	12,2
Não	86	87,8
Total	98	100,0
0,069		

IV.6. Caracterização da amostra em estudo segundo a variável percepção de risco de transmissão da infecção por VIH

Ao pretender avaliar a atitude dos inquiridos face ao risco de transmissão da infecção, colocaram-se quatro questões relativamente às crenças sobre a terapêutica antirretroviral, carga viral e comportamentos de sexo seguro, que se encontram resumidas no quadro 14. Através da análise estatística verificou-se não existir evidência que permita afirmar que as diferentes percepções de risco, face à transmissão da infecção por VIH, influenciaram os comportamentos de sexo seguro no grupo estudado.

Quadro 14 – Distribuição da amostra quanto ao risco de transmissão da infecção por VIH

A terapêutica antirretroviral deixa-me mais à vontade para fazer sexo sem preservativo	Frequência (n)	Percentagem (%)	Sexo seguro p Value
Discordo	73	74,5	0,330
Não concordo nem discordo	18	18,4	
Concordo	7	7,1	
Total	98	100,0	
Usar o preservativo já não é tão importante para prevenir a transmissão da infecção por VIH, pois existem novas terapêuticas que ajudam na sua prevenção	Frequência (n)	Percentagem (%)	Sexo seguro p Value
Discordo	75	76,5	0,161
Não concordo nem discordo	18	18,4	
Concordo	5	5,1	
Total	98	100,0	

Um seropositivo, que tenha cargas virais indetectáveis, não transmite o vírus ao seu parceiro sexual	Frequência (n)	Percentagem (%)	Sexo seguro p Value
Discordo	44	44,9	
Não concordo nem discordo	36	36,7	
Concordo	18	18,4	
Total	98	100,0	
			0,069
Se um seropositivo, a fazer tratamento antirretroviral, fizer sexo sem preservativo, com um parceiro também seropositivo e a fazer tratamento, a probabilidade de se re-infectarem é mínima	Frequência (n)	Percentagem (%)	Sexo seguro p Value
Discordo	57	58,2	
Não concordo nem discordo	32	32,7	
Concordo	9	9,2	
Total	98	100,0	
			0,372

V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

População estudada

Embora a representatividade esteja dependente da prevalência do fenómeno e o estudo seja de conveniência, considera-se que o grupo de doentes entrevistados é representativo dos cerca de 3000 utentes seguidos na Consulta de Imunodepressão do Hospital de Santa Maria. É um grupo abrangente, relativamente à idade (dos 18 aos 79 anos), ao ano de diagnóstico (desde 1984 a 2007) e ao tratamento antirretroviral. A média de idades é de 43 anos, o que está de acordo com as estatísticas nacionais ⁽⁴⁾.

Um quinto da amostra em estudo, era natural de um país africano (n=28; 28,6%) e de raça negra (n=24; 24,5%), o que reflecte as relações entre Portugal e os Países Africanos, assim como a elevada taxa de emigrantes nomeadamente, dos Países de Língua Oficial Portuguesa, residentes em Portugal. Acresce o facto de, as elevadas taxas de prevalência da infecção por VIH, nestes países, bem como a sua herança cultural reflectida nos comportamentos sexuais, terem uma forte implicação com as taxas de prevalência no nosso país.

Método de colheita de dados

O desenho do estudo baseou-se na utilização de uma amostra de conveniência, sendo considerada uma limitação do mesmo.

Devido ao facto de, aproximadamente, metade do grupo estudado pertencer às classes baixa (n=19,19,4%) e média/baixa (n=37; 37,8%), no qual se subentendem baixos níveis de literacia, o método de colheita de dados

privilegiado foi o preenchimento de questionário através do método de entrevista, método, também, utilizado por outros autores ^(9,11,21,22,25,30,60). Apesar das suas limitações, como o “enfrentamento” do entrevistado com o entrevistador, e a obrigatoriedade de resposta, pois sendo considerada uma vantagem do método, também o é uma desvantagem, as respostas obtidas poderão ser entendidas como as respostas socialmente bem aceites em detrimento da verdadeira resposta. Também, a abordagem do assunto em si, poderá ser uma limitação do estudo, assumido, nos dias de hoje, ainda como um “tabu” da nossa cultura, influenciada pela forte ligação à religião católica, a mais prevalente no nosso país e com uma forte representatividade no grupo em estudo (n=65; 66,3%).

Os questionários são um bom instrumento de recolha de dados pois são eles que permitem testar as hipóteses de investigação. Numa investigação, em que se aplica um questionário, as variáveis são medidas a partir das perguntas do mesmo e, portanto, os métodos de investigação incluem o tipo de perguntas usadas, o tipo de respostas associadas e as escalas de medida dessas respostas. A elaboração de um questionário requer uma estruturação lógica das variáveis de forma ordenada e sequenciada. As entrevistas pessoais são uma das melhores formas de se obter informação completa e exaustiva. No entanto, tornam-se um método com custos elevados em recursos humanos, financeiros e tempo.

O tempo de entrevista foi entre 30 a 40 minutos, devido à extensão do questionário, assumindo-se aqui uma vantagem da utilização do método de entrevista, na certeza porém, que muitos respondentes não teriam completado o questionário, por auto-preenchimento. Outra vantagem a assinalar, foi o facto

de, as entrevistas terem decorrido em local próprio, criando-se uma relação e à-vontade imprescindível, entre entrevistador/entrevistado, para a abordagem desta temática.

Estado serológico da infecção por VIH

Ainda que a maioria dos estudos procedam à consulta de registos clínicos, para a obtenção de informação sobre o estado serológico de cada indivíduo, neste optou-se por obter essa informação através dos participantes. O seu intuito não é inocente e os resultados são espantosos. Metade da amostra não soube assinalar a última contagem de linfócitos TCD4+ (n=54; 55,1%) e um terço (n=31; 31,6%) não soube indicar a carga viral, ainda assim, tinham presente a data do diagnóstico e início da terapêutica antirretroviral, talvez pelo impacto nas suas vidas.

No entanto, não deixa de ser preocupante a falta de conhecimento dos parâmetros avaliativos sobre a progressão da doença, o seu estado imunitário e virulógico. Deixa, pois, em aberto a questão se a maioria sabe que doença tem, como a adquiriu, como a pode transmitir, ou evitar transmitir, assim como, a terapêutica que toma e qual o seu objectivo. Talvez, de futuro, seja pertinente o estudo dos conhecimentos destes indivíduos sobre a infecção por VIH.

No que diz respeito ao número de diagnósticos e à distribuição por sexos, verificou-se haver, a partir de 1995, um aumento no número de casos diagnosticados em mulheres. Este facto poder-se-á explicar pelo surgimento das primeiras *guidelines* aconselhando a disponibilização do teste de rastreio a todas as mulheres grávidas, considerado a partir de 1995 como teste de rotina pré-natal.

História Sexual

São acentuadas as diferenças de género, com os homens na dianteira, relativamente à idade de iniciação sexual. Metade dos homens, do grupo em estudo, teve a primeira relação sexual aos 14 anos e as mulheres aos 17 anos. De acordo com os resultados do inquérito nacional sobre comportamentos sexuais e a infecção VIH/SIDA, da Coordenação Nacional de Luta contra a Sida ⁽⁶¹⁾, esta variável é representativa da população portuguesa, pois os homens portugueses iniciaram a sua vida sexual aos 17 anos e as mulheres aos 19 anos, ainda que os primeiros tenham demonstrado ser mais precoces. Da mesma forma, o número de parceiros sexuais declarados pelos homens é bem mais expressivo do que os declarados pelas mulheres: 59,1% dos homens garantem ter tido quatro ou mais parceiros ao longo da vida e 55,7% das mulheres afirmaram ter tido apenas um. Resultados semelhantes são encontrados no grupo em estudo, antes do diagnóstico da infecção, considerando-se a representatividade com a população portuguesa não infectada, metade dos homens (n=29; 29,6%) teve mais do que três parceiros/ano e metade das mulheres (n=24; 24,5%) teve apenas um parceiro sexual/ano.

Como resultado do conhecimento do diagnóstico verificou-se que os comportamentos sexuais se modificaram, não sendo claro como variaram esses comportamentos ao longo da vida da pessoa inquirida. Sabe-se, apenas, que a maioria passou a ter menos parceiros sexuais/ano, sendo expressivo o número de indivíduos que optaram pela abstinência sexual (n=11; 11,3%). Ainda assim, e apesar da diminuição do número de parceiros sexuais, verificou-se haver associação estatística entre a prática de sexo não seguro e o

aumento do número de parceiros sexuais ocasionais. Resultados idênticos são mostrados por outros autores ^(11,18,62)

Sendo o estudo transversal, não nos permite retirar conclusões, em relação à variação dos comportamentos sexuais de risco, sabendo-se pela análise de estudos prospectivos, que os mesmos alternam com períodos de comportamentos de sexo seguro. Esta poderá ser considerada mais uma limitação desta investigação.

Uma questão não contemplada e que poderá vir a ser desenvolvida em futuras investigações prende-se com a associação entre os diferentes estadios da infecção, diferentes tempos de conhecimento do diagnóstico e os comportamentos sexuais de risco. Esta será uma outra forma de compreender, sinalizar e intervir junto dos indivíduos em risco, considerando sempre o risco de transmissão e re-infecção da doença.

Consumo de substância durante a actividade sexual

O consumo de drogas injectáveis é a segunda maior causa de prevalência de infecção por VIH nos Estados Unidos, Europa e, em Portugal, a primeira via de transmissão da infecção. A transmissão por via heterossexual ocorre, frequentemente, através do contacto com toxicodependentes, dependentes de drogas injectáveis. ^(1,4,5) É bem conhecida a influência que a utilização de drogas tem sobre os comportamentos sexuais ^(6,14,63,64), assim como o uso e abuso de álcool e, mais recentemente, a utilização de estimulantes da actividade sexual, como é o caso de Viagra®, estando bem demonstrado ^(52,65,66) o potencial de risco de transmissão sexual da infecção por VIH e infecções sexualmente transmissíveis, pela falha no uso de preservativo. Este

estudo não permitiu correlacionar o uso de drogas, álcool e Viagra® com os comportamentos de sexo não seguro, devido à fraca representatividade no consumo destas substâncias, apesar de, um quinto revelar consumir álcool “às vezes”, durante a prática sexual.

Diversos estudos ^(66,67) exploram a importância do consumo de álcool como factor influenciador nos comportamentos sexuais de risco, sendo conclusivo o seu papel, nomeadamente, na não utilização do preservativo e a prática de sexo com múltiplos parceiros. Uma questão importante observada prende-se com o consumo de álcool e a toma da terapêutica antirretroviral, sendo necessário um olhar mais atento sobre os indivíduos que estando sob tratamento mantêm hábitos regulares de consumo de álcool.

O consumo de cannabis foi a única droga que os inquiridos referiram consumir durante a prática sexual, mais uma vez, com um consumo sub-representado (n=6; 6,1%), não se podendo, por isso, demonstrar a sua relação com os comportamentos de sexo não seguro. Já, pelo contrário, Brodback *et al*, 2006 ⁽⁶⁸⁾, mostraram a sua relação com o aumento no número de parceiros sexuais e a intenção de não utilizar preservativo.

Orientação sexual e risco de transmissão da infecção por VIH

Ao pretender conhecer a orientação sexual dos participantes e para reduzir a ambiguidade de resposta, a questão foi colocada em relação ao género da (s) pessoa (s) com quem os inquiridos praticaram sexo mais vezes. A questão foi colocada a partir da afirmação de género do respondente (“sou homem / sou mulher que tem sexo com: (...)” e da sua preferência de actividade sexual com homens, mulheres ou ambos. Se o inquirido era homem que tinha sexo com

homens foi designado de homossexual masculino; se teve sexo com ambos (homens e mulheres), bissexual; se teve sexo com mulheres, heterossexual. Se o inquirido era mulher e teve sexo com mulheres foi designada homossexual feminino; se teve sexo com ambos (homens e mulheres), bissexual; se teve sexo com homens, heterossexual.

Para alguns indivíduos, a orientação sexual não é tida como uma característica fixa mas, sim, uma característica que está sujeita a variações conforme a mudança de parceiro sexual e a evolução das suas próprias vidas sexuais. Foram colocadas de lado questões de auto-identificação, atracção e contactos não genitais, sendo que os contactos genitais são, sem dúvida, os que comportam maior risco de transmissão da doença.

Os resultados obtidos foram consistentes com outras pesquisas ^(11,18,69), uma vez que, a orientação sexual não mostrou associação com os comportamentos sexuais de risco. Salvaguarda-se, neste estudo, a baixa representatividade dos indivíduos homossexuais masculinos e bissexuais, não se podendo tirar, por isso, conclusões sobre a sua associação. No entanto, estamos, claramente, perante uma amostra de indivíduos heterossexuais, corroborando os dados das estatísticas nacionais que declaram um aumento do número de casos de infecção por VIH, notificados em homens e mulheres heterossexuais ⁽⁴⁾.

Parceiros sexuais e risco de transmissão da infecção por VIH

Um décimo da amostra não teve actividade sexual, nos doze meses que precederam o estudo, contudo, por ser um estudo transversal, não fornece informação sobre a actividade sexual destes indivíduos no período anterior ao mesmo. Um elevado número de indivíduos infectados mantêm actividade

sexual, sendo um aspecto positivo na forma como encontraram lidar com a doença, mantendo a sua expressão através da sexualidade. No entanto, foi encontrada evidência estatística na prática de sexo não seguro, por parte destes mesmos.

Mais de metade dos participantes assumiram ter parceiro sexual habitual (n=68; 69,4%) há uma média de 6,7 anos, apesar de a maioria ter assinalado estado civil “solteiro” (n=37,37,8%) e “união de facto” (n=14, 14,3). É evidente a alteração da instituição casamento na sociedade actual, ainda que haja, na amostra, uma elevada percentagem de indivíduos heterossexuais e católicos. Os participantes que tiveram parceiro sexual habitual foram os que menos utilizaram o preservativo e os que praticaram sexo com parceiros ocasionais foram os que mais utilizaram o preservativo, ainda que, o seu uso tenha diminuído há medida que o número de parceiros aumentou. Estes resultados estão de acordo com outras pesquisas ^(9,11,18,28,30,70-72). Interessante, seria analisar, através de um modelo matemático, quantos indivíduos poderão ter sido infectados como resultado do contacto sexual sem preservativo.

Este comportamento põe em causa uma das estratégias de prevenção, como sejam a fidelidade e a importância de se estabelecerem relações monogâmicas. Esta estratégia, culturalmente inserida nos países da Europa Ocidental, em Portugal não deixa de constituir uma excepção, uma vez que, é um país caracterizado por receber muitos emigrantes, de países de língua oficial portuguesa, com uma marcada prática de relações polígamas.

Foram os homens que demonstraram ter múltiplos parceiros, nos doze meses que precederam o estudo. As mulheres parecem adoptar estratégias de

prevenção primárias baseadas na limitação de parceiros sexuais mas não no uso de preservativo, pois a sua utilização está sempre dependente da vontade do parceiro masculino. Estas demonstraram intenção de limitar o número de parceiros sexuais, praticar sexo, apenas, com o parceiro sexual habitual e/ou optar pela abstinência. Estas diferenças parecem reflectir as diferenças de poder entre géneros, em Portugal. Uma cultura ainda rural e católica, em que a mulher é o elo mais fraco da relação, em que, ainda hoje, lhe é retirado poder de negação à vontade do homem ou a busca de prazer fora das relações maritais.

Estas observações, levantam questões relacionadas com o carácter das relações entre os casais, ou seja, o nível de comunicação/negociação do uso de preservativo e práticas de menor risco, assim como, a percepção de risco de transmissão da doença em casais serodiscordantes e de re-infecção em casais seroconcordantes ⁽⁶⁾.

Os comportamentos sexuais de risco, no grupo em estudo, são influenciados pela idade e características do parceiro sexual. Os indivíduos mais jovens (<35 anos) e os mais velhos (>50 anos) foram os que adoptaram práticas de sexo não seguro. Os indivíduos que se encontram, actualmente, entre a faixa etária dos 35 e 50 anos de idade correspondem àqueles que, há cerca de, trinta anos atrás, quando se deu o início da pandemia eram jovens adultos e correspondiam à população sexualmente activa, tendo sido, por isso, constituídos o alvo emergente das campanhas de prevenção, na década de 80. Os outros, hoje, jovens adultos, correspondiam aos futuros cidadãos em que era necessário começar, desde cedo, a consciencializá-los sobre a importância do uso de preservativo e à adopção de comportamentos de sexo seguro. Os

indivíduos estudados, hoje, com mais de 50 anos, tomaram-nas como medidas de prevenção a serem adoptadas pelas gerações mais novas e vindouras, podendo-se explicar os seus comportamentos de sexo não seguro. Os indivíduos mais novos, com menos de 30 anos, na década de 80, ainda, não nascidos, representam a lacuna, política e social, das acções e campanhas de prevenção na área da infecção por VIH.

Revelação/conhecimento do estado serológico e risco de transmissão da infecção por VIH

Uma das estratégias de prevenção da transmissão da infecção diz respeito à revelação e conhecimento do estado serológico da pessoa infectado e do (s) seu (s) parceiro (s) sexual (ais). É dada a oportunidade de escolha ao parceiro de se proteger e, no seio da relação, poderem negociar práticas sexuais em que o risco de transmissão e de re-infecção é menor, ou nulo. Por muitos é considerado um dever moral, pro-social ou um comportamento em saúde perante o parceiro ⁽²¹⁾.

Praticamente todos os indivíduos que assinalaram ter tido parceiro sexual habitual revelaram e tiveram conhecimento do estado serológico, demonstrando um comportamento de sexo seguro. No entanto, foi com os parceiros sexuais habituais que os participantes menos utilizaram preservativo demonstrando um comportamento de sexo não seguro, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p=0,010$). Se, por um lado, metade dos parceiros habituais eram seronegativos (casais serodiscordantes) havendo risco de transmissão da infecção, por outro lado, um terço era seropositivo (casais

seroconcordantes) e em risco efectivo de re-infecção, resistências e falências terapêuticas.

Existem estudos ⁽²⁸⁾ que sugerem que indivíduos seropositivos, nomeadamente, os homossexuais masculinos, desenvolveram uma estratégia de redução do risco de transmissão da infecção, através da prática de sexo anal não protegido. Esta estratégia é designada *serosorting* e consiste na selecção dos parceiros também eles seropositivos. De facto, não colocam em risco parceiros seronegativos ou com estado serológico desconhecido, pois, não existe prática sexual com estes indivíduos. Contudo, não existe validade, nem eficácia, na redução dos riscos de re-infecção e aquisição de infecções sexualmente transmissíveis.

O que não se apurou, ao contrário do que aconteceu noutras investigações ^(21,73), foi o estabelecimento da faixa de tempo em que houve esta revelação. Se, a partir do momento do diagnóstico, ou mais tarde, e em que premissas essa atitude foi tomada, se no dever de responsabilidade pessoal ou no medo das consequências de uma “descoberta”, por parte do parceiro. No caso de ter havido comunicação baseada na responsabilidade pessoal, a associação com os comportamentos de sexo seguro são uma garantia.

Estas variáveis não tiveram associação estatística com os comportamentos sexuais de risco, não sendo consistente com outras pesquisas ^(9,11,25-27). Verificou-se haver maior facilidade de comunicação, na revelação e conhecimento do estado serológico, com os parceiros habituais do que com os ocasionais, talvez devido às características das relações, nomeadamente, da sua duração. Verificou-se, também, que na revelação aos parceiros ocasionais,

quanto mais idade tinham os participantes menos revelaram e, com os parceiros habituais, foram as mulheres que apresentaram maior dificuldade em revelar o estado serológico ao parceiro.

Ambas as situações, revelar o estado serológico e conhecer o do parceiro, são dados reais da amostra, que não poderão ser extrapolados para a população seropositiva, mas deverão ser considerados um problema de Saúde Pública. Superar as barreiras da comunicação permanece um infundável desafio na prevenção secundária da infecção por VIH, como para a detecção precoce de novas infecções. É necessária intervenção, identificação dos casais serodiscordantes, facultando-lhes aconselhamento sobre a redução dos riscos associados à sua sexualidade. Mais investigações são necessárias para identificar os determinantes dos comportamentos sexuais de risco, revelação do estado serológico em diferentes contextos, tipo de relação e estado serológico do parceiro.

Uso de preservativo

As opções de resposta em relação ao uso de preservativo e a interpretação a que está sujeita variam de indivíduo para indivíduo. Para alguns participantes, “nunca” usar preservativo não significa 0% das vezes que praticaram sexo e “sempre” não significa utilizá-lo 100% das vezes.

O que se verificou, tal como noutros ⁽⁷⁴⁾, foi que os inquiridos interpretaram a opção “nunca” e “sempre”, não como valores absolutos, mas sim, como uma média de utilização do preservativo, com excepções, apesar de se terem contemplado proporções intermédias de resposta.

O viés de recordação ⁽⁷⁴⁾ é considerado uma limitação, pois a questão é relativa aos doze meses precedentes à entrevista. A opção deste período de tempo permitiu ter um maior número de respondentes justificando a sua utilização e estando de acordo com outros estudos ^(28, 71).

O hábito de utilização, ou de não, de preservativo e a actividade sexual tida com o mesmo parceiro são factores que apresentam maior facilidade de resposta. A primeira situação foi verificada pelas opções de resposta mais vezes assinaladas “sempre” (100%) e “nunca” (0%) comparativamente com as opções de resposta intermédias (75%, 50%, 25%). O mesmo já não se verifica em relação à segunda situação, pois, os inquiridos utilizaram o preservativo, mais vezes, com os parceiros sexuais ocasionais, do que com os parceiros sexuais habituais ($p=0,010$). Um indivíduo com vários encontros sexuais tem mais oportunidades para se desviar de certos hábitos e determinadas regras. Por exemplo, uma pessoa que pratica sexo duas vezes, utiliza o preservativo em ambos os actos, mas se pratica sexo 20 vezes, utiliza o preservativo 19 vezes, e tem mais ocasiões para quebrar o hábito; explicando a correlação encontrada, quanto maior número de parceiros ocasionais menor a utilização do preservativo ($p=0,000$) ⁽⁷⁴⁾.

Práticas sexuais e risco de transmissão da infecção por VIH

O sexo anal foi o menos praticado, pois a representatividade de homossexuais masculinos e bissexuais foi baixa, sendo, mesmo assim, a prática em que o preservativo foi mais vezes utilizado com ambos os parceiros (habitual e ocasional).

O sexo oral foi, sem dúvida, uma prática sexual bastante utilizada por todos os indivíduos e com uma, indiscutível, inconsistência no uso de preservativo (sexo oral receptivo, $p=0,001$; sexo oral activo, $p=0,006$), com ambos os parceiros. Condição, também, verificada noutros estudos ⁽¹⁹⁾.

Os dados sugerem que os participantes têm um baixo nível de informação no que se refere ao recurso a práticas com menor risco de transmissão da infecção. Pela análise das práticas sexuais não se encontra um fio condutor, de forma a, poder-se afirmar quais as mais, ou menos, utilizadas, de acordo com a preocupação de risco de transmissão da infecção, ao contrário, do estudo realizado por Belcher *et al* ⁽¹⁹⁾.

Apesar das diversas práticas sexuais (sexo oral, anal, activo e receptivo e sexo vaginal) sem utilização de preservativo terem sido definidas como comportamentos de sexo não seguro, todas as práticas têm um risco de transmissão diferente, sendo o sexo oral a prática menos transmissível ^(10,20). Este aspecto é uma limitação do estudo, na medida em que não foi estratificado risco de transmissão da infecção por prática sexual adoptada pelos participantes.

Utilização da terapêutica antirretroviral e risco de transmissão da infecção por VIH

Desde o início da utilização da terapêutica antirretroviral que se move em seu redor a crença de despreocupação na adopção de comportamentos de sexo seguro. A maioria dos participantes estavam sob HAART ($n=83$; 84,7%) e não se verificou haver associação com a inconsistência no uso de preservativo, dados incompatíveis com pesquisas recentes ^(31,42)

De todas as afirmações colocadas perante os inquiridos, verificou-se que a maioria das respostas foram assinaladas na opção “discordo”. A opção de resposta “não concordo, nem discordo”, foi a segunda mais apontada pelos participantes, revelando, mais uma vez, desconhecimento sobre a doença, objectivos da HAART e práticas de sexo seguro.

Ainda assim, todas as afirmações, deveriam ter sido respondidas na negativa, e em todas elas houve respondentes a assinalar a opção positiva, demonstrando as necessidades de educação para a saúde, no grupo em estudo.

Estabelecer a causalidade entre os comportamentos sexuais de risco e as crenças que rodeiam as terapêuticas antirretrovirais representam um desafio na investigação actual. Os estudos longitudinais são os que melhor poderão responder às hipóteses em estudo, através da causalidade estabelecida pela metodologia utilizada. No entanto, por serem muito demorados no tempo e terem custos monetários elevados, assiste-se, na literatura actual, à elaboração de um maior número de estudos transversais, sabendo, de antemão, que não se utilizam de uma metodologia adequada para estabelecer associações causais entre as crenças, relativamente à HAART, e os comportamentos sexuais de risco adoptados.

VI. CONCLUSÕES

1. Examinaram-se os factores que influenciaram a adopção de comportamentos de sexo não seguro, em 98 homens e mulheres seropositivos, seguidos na Consulta de Imunodepressão do Hospital de Santa Maria.
2. Os comportamentos de sexo não seguro encontraram-se associados ao número de parceiros sexuais/ano, ao facto de ter parceiro sexual habitual, aos múltiplos parceiros sexuais ocasionais e à prática de sexo oral.
3. Os indivíduos que tendem a adoptar práticas de sexo seguro são mulheres e indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos de idade.
4. A generalização das associações encontradas, permitem inferir as respectivas conclusões para a totalidade da população da Consulta de imunodepressão do Hospital de Santa Maria, mas não para o universo de todos os indivíduos infectados por VIH, em Portugal.
5. Em locais de atendimento a indivíduos seropositivos é necessário reforçar a educação/aconselhamento aos mesmos, assim como aos seus parceiros sexuais. É necessário, não só focar os ensinamentos na área da sexualidade, tendo em vista, melhorar a sua qualidade de vida e dos seus parceiros, como na área dos conhecimentos básicos da patologia e seus índices avaliativos.
6. São necessários mais estudos sobre os riscos associados às várias práticas sexuais, para que os próprios indivíduos infectados tenham consciência das suas práticas de risco, assim como, mais informação sobre as infecções sexualmente transmissíveis, sendo que algumas destas doenças são mais facilmente transmitidas que a infecção por VIH.

BIBLIOGRAFIA

1. Report on the global Aids Epidemic. Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) 2008. Acedido em 16 de Junho de 2009, disponível no sítio http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
2. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med 1998;338(13):853-60.
3. Hamers FF, Dows AM. The changing face of the epidemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? Lancet 2004;364:83-94.
4. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008. Centro de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis. Acedido em 24 de Junho de 2009, disponível no sítio: www.sida.pt
5. Sexually transmitted infections/HIV/AIDS: situation in Portugal. WHO Regional Office for Europe 2008. Acedido em 16 de Junho de 2009, disponível no sítio: http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_33
6. Schiltz MA, Sandfort TGM. HIV-positive people, risk and sexual behavior. Soc Sci Med 2000;55:1571-88.
7. Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior. A meta-analytic review. JAMA 2004;292(2):224-36.
8. Whyte J, Dawson S. The sexual behavior of African American women living with HIV disease: is perceived HIV status altering sexual behavior? JANAC 2001;12(2):56-65.
9. Weinhardt LS, Kelly JA, Brondino MJ, Rotheram-Borus MJ, Kirshenbaum SB, Chesney MA et al. HIV transmission risk behavior among men and women living with HIV in 4 cities in the United States. J Acquir Immune Defic Syndr 2004;36(5):1057-66.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV: recommendation of CDC, the health resources and services administration, the national institutes of health, and the HIV medicine association of the infectious diseases society of America. MMWR 2003;52(RR-12):1-24.

11. Aidala AA, Lee G, Garbers S, Chiasson MA. Sexual behaviors and sexual risk in a prospective cohort of HIV-positive men and women in New York city, 1994-2002: implications for prevention. *AIDS Educ Prev* 2006;18(1):12-32.
12. Centers for Disease Control and Prevention. High-risk sexual behavior by HIV-positive men who have sex with men-16 sites, United States, 2000-2002. *MMWR* 2004;53(38):891-4.
13. Crepaz N, Marks G. Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. *AIDS Care* 2003;15(3):379-87.
14. Mizuno Y, Purcell D, Borkowski TM, Knight K, Seropositive Urban Drug Injectors Study Team. The life priorities of HIV-seropositive injection drug users: findings from a community-based sample. *AIDS Care* 2003;7(4):395-403.
15. Wilson TE, Gore ME, Greenblatt R, Cohen M, Minkoff H, Silver S et al. Changes in sexual behavior among HIV-infected women after initiation of HAART. *Am J Public Health* 2004;94(7):1141-46.
16. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006;368:1706-28.
17. Griffin R, Snook WD, Hoff GL, Cai J, Russell J. Failure to embrace the barrier/condom use message. *JANAC* 2006;17(4):24-9.
18. Tawk HM, Simpson JM, Mindel A. Condom use in multi-partnered males: importance of HIV and hepatitis B status. *AIDS Care* 2004;16(7):890-900.
19. Belcher L, Sternberg MR, Wolitski RJ, Halkitis P, Hoff C, Seropositive Urban Men's Study Team. Condom use and perceived risk of HIV transmission among sexually active HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* 2005;17(1):79-89.
20. Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, Mckirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol* 1999;150:306-11.
21. Duru OK, Collins RL, Ciccarone DH, Morton SC, Stall R, Beckman R et al. Correlates of sex without serostatus disclosure among a national probability sample of HIV patients. *AIDS Behav* 2006;10:495-507.
22. Préau M, Bouhnik AD, Roussiau N, Lert F, Spire B. Disclosure and religion among people living with HIV/AIDS in France. *AIDS Care*. 2008;20(5):521-6.
23. Holt R, Court P, Vedhara L, Nott KH, Holmes J, Snow MH. The role of disclosure in coping with HIV infection. *AIDS Care* 1998;10:49-61.

24. O'Brien M, Richardson-Alston G, Ayoub M, Magnus M, Peterman T, Kissinger P. Prevalence and correlates of HIV serostatus disclosure. *Sex Transm Dis* 2003;30:731-5.
25. Mohammed H, Kissinger P. Disclosure of HIV serostatus to sex partners in Rural Louisiana. *AIDS Care* 2006; 18:S62-9.
26. Golden MR, Wood RW, Buskin SE, Fleming M, Harrington RD. Ongoing risk behavior among persons with HIV in medical care. *AIDS Behav* 2007;11:726-35.
27. Dave SS, Stephenson J, Mercey DE, Panahmand N, Jungmann E. Sexual behavior, condom use, and disclosure of HIV status in HIV infected heterosexual individuals attending an inner London HIV clinic. *Sex Transm Infect* 2006;82:117-20.
28. van Kesteren NMC, Hospers HJ, Kok G. Sexual risk among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. *Patient Educ Couns* 2007;65:5-20.
29. Castilla J, del Romero J, Hernando V, Marinovich B, Garcia S, Rodriguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *Journal Acquir Immune Defic Syndr* 2005;40(1):96-101.
30. Guimarães MDC, Grinsztejn B, Chin-Hong PV, Campos LN, Gomes VR, Melo VH et al. Behavior surveillance: prevalence and factors associated with high-risk sexual behavior among HIV-infected men in Brazil in the pos-HAART era. *AIDS Behav* 2008;12:741-7.
31. Stephenson JM, Imrie J, Davis MMD, Mercer C, Black S, Copas AJ et al. Is use of antiretroviral therapy among homosexual men associated with increased risk of transmission of HIV infection? *Sex Transm Infect* 2003;79:7-10.
32. Valadas E, Ribeiro C, Faria N, Neves J, Antunes F. Impact of highly active antiretroviral therapy on hospital admission rates and mortality in portuguese HIV-infected patients. [Poster] Glasgow 2005.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Increases in HIV diagnoses-29 states, 1999-2002. *MMWR* 2003;52:1145-8 .
34. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N. Viral load and heterosexual transmission for human immunodeficiency virus type 1. *N Eng J Med* 2000;242:921-9.
35. Pedraza MA, del Romero J, Roldan F. Heterosexual transmission of HIV-1 is associated with high plasma viral load levels and a positive viral isolation in the infected partner. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;21:120-5.

36. Vernazza PL, Troiani L, Flepp MJ. Potent antiretroviral treatment of HIV-infection results in suppression of the seminal shedding of HIV. *AIDS* 2000;14:117-21.
37. Kalichman SC, Nachimson. AIDS treatment and behavioral prevention setbacks: preliminary assessment of reduced perceived threat of HIV-AIDS. *Health Psychol* 1998;17(6):546-50.
38. Kalichman SC. Psychological and social correlates of high-risk sexual behaviour among men and women living with HIV/AIDS. *AIDS Care* 1999;11:415-28.
39. Elford J, Bolding G, Sherr L. High risk sexual behavior increases among London gay men between 1998 and 2001. *AIDS* 2002;16:1537-44.
40. Internacional Collaboration on HIV Optimism. HIV treatments optimism among gay men: an international perspective. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32:545-50.
41. Venable PA, Ostrow DG, McKirnan DJ, Taywaditep KJ, Hope BA. Impact of combination therapies on HIV risk perceptions and sexual risk among HIV-positive and HIV-negative gay and bisexual men. *Health Psychol* 2000;19(2):134-45.
42. Venable PA, Ostrow DG, McKirnan. Viral Load and HIV treatment attitudes as correlates of sexual risk behavior among HIV-positive gay men. *J Psychosom Res* 2003;54:263-9.
43. Scheer S, Chu PL, Klausner JD, Katz MH, Schwarcz SK. Effect of highly active antiretroviral therapy on diagnoses of sexually transmitted diseases in people with AIDS. *The Lancet* 2001;357:432-5.
44. Remien RH, Halkitis PN, O'Leary A, Wolitski RJ, Gómez CA. Risk perception and sexual risk behaviors among HIV-positive men on antiretroviral therapy. *Aids Behav* 2005;9(2):167-76.
45. Padian NS, Buvé A, Balkus J, Serwadda D, Cates W. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *Lancet* 2008;372:585-99.
46. Vernazza P. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antiretroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bull Med Suis* 2008;89:165-69.
47. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *The Lancet* 2009;373:48-57.

48. Merson MH, O'Malley, Serwadda D, Apisuk C. The history and challenge of HIV prevention. *The Lancet* 2008;372:475-88.
49. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission; how to make them work better. *The Lancet* 2008;372:669-84.
50. EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report, 2006. Saint-Maurice: Institute de Veille Sanitaire. 2007;75:1-70. Acedido em 24 de Junho de 2009, disponível no sítio: www.eurohiv.org
51. Osmond DH. Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behavior in men who have sex with men in San Francisco: 1997–2002. *Am J Public Health* 2007, 97:1677-83.
52. Ramos, AA. Prestadores de cuidados familiares a doentes com VIH/SIDA: perfil psico-emocional e social. Dis. Mestr. - FCM, Saúde Mental 2007; VIII, 74, XXIII
53. Sherman DW, Kirton A. The experience of relapse of unsafe sexual behavior among HIV-positive, heterosexual, minority men. *App Nurs Res* 1999; 12, 2:91-100.
54. Chen SC, Wang ST, Chen KT, Yan TR, Tang LH, Lin cc et al. Analysis of the influence of therapy and viral suppression on high-risk sexual behavior and sexually transmitted infections among patients infected with human immunodeficiency virus in Taiwan. *Clin Microbiol Infect* 2006; 12: 660-65.
55. Wang J, Rodés A, Blanch C, Casabona J. HIV testing history among gay/bisexual men recruited in Barcelona: evidence of high levels of risk behavior among self-reported HIV+ men. *Soc Sci Med* 1997; 44,4:469-77.
56. Watel PP, Spire B, Schiltz MA, Bouhnik AD, Heard I, Lert F. Vulnerability, unsafe sex and non-adherence to HAART: evidence from a large sample of french HIV/AIDS outpatients. *Soc Sci Med* 2006; 62:2420-33.
57. Shah D, Thornton S, Burgess AP. Sexual risk cognitions questionnaire: a reliability and validity study. *AIDS Care* 1997; 9, 4:471-80.
58. Inoue Y, Yamazaki Y, Kihara M, Wakabayashi C, Seki Y, Ichikawa. The intent and practice of condom use among HIV-positive men who have sex with men in Japan. *Aids Patient Care STDS* 2006;20(11):792-802.
59. Kalichman SC, Rompa D. HIV treatment adherence and unprotected sex practices in people receiving antiretroviral therapy. *Sex Trans Infect* 2003, 79:59-61.
60. Schwarcz S, Scheer S, McFarland W, Katz M, Valleroy L, Chen S et al. Prevalence of HIV infection and predictors of high-transmission sexual risk

- behaviors among men who have sex with men. *Am J Public Health* 2007;97(6):1067-75.
61. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Comportamentos Sexuais e a infecção HIV/Sida em Portugal. *Informação SIDA* 2008;69:64-5.
62. Mao L, Crawford J, Van de Ven P, Prestage G, Grulich A, Kaldor J et al. Differences between men who report frequent, occasional or no unprotected anal intercourse with casual partners among a cohort of HIV-seronegative gay men in Sydney, Australia. *AIDS Care* 2006;18(8):942-51.
63. Rosengard C, Anderson B, Stein MD. Intravenous drug users' HIV-risk behaviors with primary/other partners. *Am J Drug and Alcohol Abuse* 2004;30(2):225-36.
64. Mor Z, Davidovich U, McFarlane M, Feldshtein G, Chemtob D. Gay men who engage in substance use and sexual risk behaviour: a dual-risk group with unique characteristics. *Int J STD AIDS* 2008;19:698-703.
65. Cachay E, Mar-Tang WM, Mathews C. Screening for potentially transmitted sexual risk behavior, urethral sexually transmitted infection, and sildenafil use among males entering care for HIV infection. *AIDS Patient Care STDS* 2004;18:349-54.
66. Theall KP, Clark RA, Powell A, Smith H, Kissinger P. Alcohol consumption, art usage and high-risk sex among women infected with HIV. *AIDS Behav* 2007;11:205-15.
67. Hendershot CS, George WH. Alcohol and sexuality research in the AIDS era: trends in publication activity, target populations and research design. *AIDS Behav* 2007;11:217-26.
68. Brodback J, Matter M, Moggi F. Association between cannabis use and sexual risk behavior among young heterosexual adults. *AIDS Behav* 2006;10(5):599-605.
69. Montgomery JP, Mokotff ED, Gentry AC, Blair JM. The extent of bisexual behavior in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care* 2003;15(6):829-37.
70. Ostrow DG, Silverberg MJ, Cook RL, Chmiel JS, Johnson L, Li X. Prospective study of attitudinal and relationship predictors of sexual risk in the multicenter AIDS cohort study. *AIDS Behav* 2008;12:127-38.
71. Moreau-Gruet, Dubois-Arber F, Jeannin A. Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992-2000. *AIDS Care* 2006;18(1):35-43.

72. Kalichman, SC, Rompa D, Luke W, Austin J. HIV transmission risk behaviors among HIV-positive persons in serodiscordant relationships. *Int J STD AIDS* 2002;13:677-82.
73. Wolitski RJ, Flores SA, O'Leary A, Bimbi DS, Gómez CA. Beliefs and partner responsibility among HIV-seropositive men who have sex with men: measurement and association with transmission risk behavior. *AIDS Behav* 2007;11:676-86.
74. Hope MJ, Morrison DM, Gillmore MR, Beadnell B, Higa DH, Leigh BC. Agreement of daily diary and retrospective measures of condom use. *AIDS Behav* 2008;12:113-17.

ANEXOS

ANEXO I

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Exmo. Sr. ou Sra.

Ana Patrícia Bandeirinha Meneses Lopes, enfermeira, gostaria de pedir o seu consentimento e colaboração na participação no estudo, sobre os comportamentos de sexo seguro nos indivíduos infectados por VIH, no âmbito da dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Comunitária.

A finalidade do estudo é conhecer a necessidade de aconselhamento aos indivíduos infectados por VIH, relativamente à sua actividade sexual, com benefícios para a sua saúde, promovendo a sua qualidade de vida, prevenindo a disseminação da doença e evitando a sua re-infecção.

Os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, não se revelando de forma alguma qualquer informação que o possa identificar, e, são também, utilizados exclusivamente para este estudo.

Se desejar participar, lembro-o(a) da necessidade de responder a todas as questões, embora possa em qualquer momento interromper a sua participação sem que isso lhe traga prejuízos.

Assim, o abaixo-assinado declara que lhe foi explicado o objectivo do estudo acima referido, em que será submetido(a) a uma entrevista, assim como foram esclarecidos os direitos que o(a) assistem.

NOME: _____
ASSINATURA: _____
DATA: Lisboa, ____ de _____ de 2 ____

Ana Patrícia Bandeirinha Meneses Lopes

ANEXO II

(APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO
HOSPITAL DE SANTA MARIA)

ANEXO III

(INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS -
QUESTIONÁRIO)

1ºCAMPO - VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1.1 SEXO:

Masculino	
Feminino	

1.2 IDADE: _____(anos completos)

1.3.1 NATURALIDADE (país)

Portugal	
País africano	
Outro país	

1.3.2 RESIDÊNCIA (país):

Portugal	
País africano	
Outro país	

1.3.3 Se não é natural de Portugal e vive em Portugal, há quantos anos? _____(anos)

1.4 RAÇA

Caucasiana	
Negra	
Outra. Qual? _____	

1.5 RELIGIÃO

Católica	
Não tem	
Outra. Qual? _____	

1.4 ESTADO CIVIL:

Solteiro	
Casado, a viver com o cônjuge	
Casado, a não viver com o cônjuge	
União de Facto	
Divorciado	
Viúvo	

1.5 ACTIVIDADE PROFISSIONAL: _____

1.6 HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

Analfabetos; Escolaridade ≤4 anos	Escolaridade ≥ 4 anos e <9 anos	12º ano; 9 ou mais anos de escolaridade	Bacharelato	Licenciatura, Mestrado, Doutoramento

1.7 RENDIMENTOS:

Lucros de empresas, de propriedades; heranças	
Altos vencimentos e honorários (≥10vezes o salário mínimo nacional)	
Vencimentos de actividade profissional regular	
Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos	
Assistência Social/dependente de subsídios sociais	
Outra. Qual? _____	

1.8 HABITAÇÃO:

Casa ou andar luxuoso, espaçoso e com o máximo de conforto)	
Casa ou andar bastante confortável e espaçosa)	
Casa ou andar modesto em bom estado de conservação)	
Casa ou andar degradado, com equipamentos mínimos	
Imprópria, sem saneamento básico; coabitação de várias famílias	

1.9 LOCALIDADE DA RESIDÊNCIA:

Condomínio fechado	
Bom local, com bons acessos	
Em zona antiga, bem conservada	
Bairro social	
Bairro de lata	

2º CAMPO - VARIÁVEL ESTADO SEROLÓGICO DA INFECÇÃO POR VIH

2.1 DATA DO DIAGNÓSTICO INFECÇÃO VIH: _____(ano)

2.2 TERAPÊUTICA ANTI-RETROVIRAL:

Sim	
Não	

2.2.1 Se sim, há quanto tempo? _____

2.3.1 CONTAGEM CD4 (célulasx10⁶/mL):

<200	
Entre 200 e 500	
Entre 500 e 1000	
Não sei	

2.3.2 CARGA VIRAL (cópias/mL):

Detectável	
Indetectável	
Não sei	

3º CAMPO - VARIÁVEL HISTÓRIA SEXUAL

3.1 IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL: _____ (anos)

3.2 NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS POR ANO, ANTES DO DIAGNÓSTICO:

Nenhum parceiro	
1 Parceiro	
2-3 Parceiros	
Mais de 3 parceiros	

3.3 NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS POR ANO, DEPOIS DO DIAGNÓSTICO:

Nenhum parceiro	
1 Parceiro	
2-3 Parceiros	
Mais de 3 parceiros	

4º CAMPO - VARIÁVEL CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS DURANTE A ACTIVIDADE SEXUAL

4.1 COM QUE FREQUÊNCIA CONSUMIU AS SEGUINTE SUBSTÂNCIA DURANTE A PRÁTICA DE SEXO, NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

	Nunca	Às vezes	Sempre
Álcool			
Drogas. Qual? _____			
Viagra			
Outras. Quais? _____			

4.2 UTILIZA OU JÁ UTILIZOU DROGAS?

Sim, utilizo-as actualmente	
Sim, já as usei, mas não as uso mais	
Não, nunca	

4.2.1 Se as utiliza actualmente que drogas consome:

Haxixe	
Cocaína	
Heroína	
Ecstasy	
Outras	

PARTE 5 - VARIÁVEL COMPORTAMENTO SEXUAL

Parceiro Habitual - pessoa com a qual existe actividade sexual em mais do que uma ocasião e é caracterizado por algum nível de compromisso emocional e sexual.

Parceiro Ocasional - Outros parceiros que não preencham os requisitos anteriores e que, por isso, não poderão ser considerados parceiros habituais.

5.1 QUAL A SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL?

Sou Homem que tem (ou já teve) sexo com:	Homens	Mulheres	Com ambos: Homens e Mulheres
Sou Mulher que tem (ou já teve) sexo com:	Homens	Mulheres	Com ambos: Homens e Mulheres

5.2 É ACTIVO (A) SEXUALMENTE?

Sim	
Não	

5.3 TEM PARCEIRO SEXUAL HABITUAL?

Sim	
Não	

5.3.1 Se sim, há quantos anos? _____

5.3.2 Ao seu parceiro habitual revelou ser seropositivo?

Sim	
Não	

5.3.3 E você sabe o serostatus do seu parceiro?

Sim, é seropositivo	
Sim, é seronegativo	
Não sei	

5.3.4 Assinale com uma cruz (X) a percentagem de vezes que utilizou o preservativo, de acordo com o tipo de sexo praticado.

	100%	75%	50%	25%	0%
Sexo Oral (receptivo)					
Sexo Oral (activo)					
Sexo Anal (receptivo)					
Sexo Anal (activo)					
Sexo Vaginal					

5.4 QUANTOS PARCEIROS OCASIONAIS TEVE NO ÚLTIMO ANO?

Nenhum parceiro	
1 parceiro	
2-3 Parceiros	
Mais de 3 parceiros	

5.4.2 Revelou a algum desses parceiros ocasionais ser seropositivo?

Sim	
Não	

5.4.3 E você soube o serostatus do seu parceiro ocasional?

Sim, era seropositivo	
Sim, era seronegativo	
Não sei	

5.4.4 Assinale com uma cruz (X) a percentagem de vezes que utilizou o preservativo, de acordo com o tipo de sexo.

	100%	75%	50%	25%	0%
Sexo Oral (receptivo)					
Sexo Oral (activo)					
Sexo Anal (receptivo)					
Sexo Anal (activo)					
Sexo Vaginal					

6º CAMPO - PERCEPÇÃO DE RISCO DE TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO POR VIH

6.1. As novas terapêuticas para a infecção de VIH deixam-me mais à vontade para fazer sexo sem preservativo.

Discordo

Não concordo
nem discordo

Concordo

6.2. Usar o preservativo já não é tão importante para prevenir a transmissão de VIH, pois existem agora novas terapêuticas que ajudam na sua prevenção.

Discordo

Não concordo
nem discordo

Concordo

6.3. Um seropositivo, que tenha cargas virais indetectáveis, não transmite o vírus a um parceiro.

Discordo

Não concordo
nem discordo

Concordo

6.4. Se um seropositivo, a fazer tratamento para a infecção, fizer sexo sem preservativo, com um parceiro também seropositivo e a fazer tratamento, a probabilidade de se re-infectarem é mínima.

Discordo

Não concordo
nem discordo

Concordo

ANEXO IV

(TESTES ESTATÍSTICOS)

Grupo Étario * Sexo Seguro * Crosstabulation

			sexo_seguro		
			sim	não	Total
grupo_etario	20-35 anos	Count	9	19	28
		% within grupo_etario_r	32,1%	67,9%	100,0%
	36-50 anos	Count	21	23	44
		% within grupo_etario_r	47,7%	52,3%	100,0%
	>51 anos	Count	10	16	26
		% within grupo_etario_r	38,5%	61,5%	100,0%
	Total	Count	40	58	98
		% within grupo_etario_r	40,8%	59,2%	100,0%

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Idade * sexo_seguro1 sexo_seguro	98	100,0%	0	,0%	98	100,0%

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Idade Dependent sexo_seguro1 sexo_seguro Dependent	,091 ,640

Estado Civil * Sexo Seguro * Crosstabulation

			sexo_seguro		
			sim	não	Total
EstadoCivil1	Solteiro	Count	15	22	37
		% within EstadoCivil1	40,5%	59,5%	100,0%
	Com companheiro	Count	14	30	44
		% within EstadoCivil1	31,8%	68,2%	100,0%
	Divorciado	Count	7	4	11
		% within EstadoCivil1	63,6%	36,4%	100,0%
	Viúvo	Count	4	2	6
		% within EstadoCivil1	66,7%	33,3%	100,0%
	Total	Count	40	58	98
		% within EstadoCivil1	40,8%	59,2%	100,0%

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,237	,138
	Cramer's V	,237	,138
	N of Valid Cases	98	

